

Universidade de Brasília
Instituto de Ciências Sociais
Departamento de Antropologia

DIETA E “PROBLEMA DE PRESSÃO”

O convívio com uma doença de longa duração na Guariroba, Ceilândia/DF

Mayara Bernardo Albuquerque

Monografia apresentada junto ao Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Ciências Sociais, com habilitação em Antropologia.

Brasília, julho de 2015

Universidade de Brasília
Instituto de Ciências Sociais
Departamento de Antropologia

DIETA E “PROBLEMA DE PRESSÃO”

O convívio com uma doença de longa duração na Guariroba, Ceilândia/DF

Mayara Bernardo Albuquerque

Profa. Dra. Soraya Fleischer - Presidente
da banca. Departamento de
Antropologia, Universidade de Brasília

Profa. Dra. Anelise Rizzolo – Membro
da banca. Departamento de Nutrição,
Universidade de Brasília

Brasília, julho de 2015

AGRADECIMENTOS

À minha família só tenho a agradecer, é muito amor envolvido. Em especial à minha querida mãe que também foi pai, Eneida Bernardo, quem me propiciou buscar um caminho meu, acreditando na permacultura, na alimentação orgânica e, é claro, na Antropologia. E não foi à toa, afinal por ser médica sanitária, com muitos pés na saúde coletiva, acho que me influenciou desde sempre.

Ao meu falecido pai, Raimundo Galdino de Albuquerque eu também agradeço, desde pequena que me pego assistindo vídeos e observando fotos nossas juntos tentando reescrever memórias internas. Meu eterno anjo-da-guarda.

Ao meu companheiro, Pedro, que como um bom capricorniano me ajuda sempre a voltar ao foco. E mais, obrigada por toda a sua forma de me escutar e me valorizar, simplesmente tornou-se nesses últimos anos a minha fortaleza. Obrigada, meu bem, por ler e reler essa monografia, aguentar os meus anseios e dar impulsos aos meus sonhos.

Ao meu pequenino Ravi, raio de sol, filho mais que amado. Às vezes você não ajudou muito a mamãe, principalmente durante o campo, mas, com o decorrer do tempo, foi aceitando que quando eu me sentava no computador eu iria “tudar”. E, portanto, gratidão, filhote, pela sua luz e por me motivar todos os dias a ser uma mãe melhor.

À minha querida sogra, Ester Faria e toda a sua família, que me acolheu tão carinhosamente em seus braços. Obrigada a todos e todas pelos momentos de risadas, comidinhas com amor e com direito até a cerveja para escrever a monografia mais inspirada. Também agradeço muito ao meu sogro, Zemir Lopes, figura imprescindível.

Às minhas amigas mais radiantes, sem elas eu não teria persistido, obrigada de coração Gabriella e Isabel, vocês são para toda a vida. E à minha mais nova parceira, de curso, de escalada, Mariana, gratidão! Que todas continuemos nas mesmas vibrações!

À todas e todos do meu grupo de orientação, a velha guarda composta por Paulo, Ana Clara, Fernanda, Monique, Caio, Antônio, Marina, Fabiana e é claro a nova geração Natália S., Natália B., Rosana e Cíntia. Obrigada pelas leituras e comentários.

À minha professora orientadora, Soraya Fleischer! Sempre acreditando na Antropologia e que foi capaz de me envolver muito nesse universo. Obrigada pelas propostas e atenção, também por me guiar nesse caminho tão cheio de altos e baixos

que é o desfecho de um ciclo dentro da Academia. Soraya, você é um exemplo de dedicação.

Às muitas pessoas iluminadas que encontrei durante esses anos de UnB, amigos das Sociais, da Floresta e do CAAMB, gratidão pelas conversas e encontros. Entre professores e professoras, devo ainda citar José Jorge de Carvalho, pessoa incrível e inspiradora. Gratidão, professor, por me ensinar muito mais do que eu estava pronta para aprender, simplesmente rompeu a maneira como eu penso hoje em dia me aproximando das minhas raízes ancestrais brasileira e latina.

Por último, à Mãe Terra, possuo um sentimento de gratidão imenso. O universo conspira ao nosso favor quando temos dedicação, paciência e fé.

RESUMO

A presente monografia é resultado de um trabalho de campo desenvolvido no bairro da Guariroba localizada na Ceilândia/DF. Através de pesquisa pude compreender um pouco melhor o adoecimento de longa duração, em especial o “problema de pressão” e a relação de tal enfermidade com as mudanças ou não mudanças dos hábitos alimentares de pessoas usuárias da atenção primária no Sistema Único de Saúde e moradoras desse bairro. O trabalho de campo se estendeu por dois ambientes, um deles foi um centro de saúde da região e o outro corresponde ao ambiente doméstico, no caso, adentrei e conheci melhor as casas de quatro famílias. Circulei por esses dois espaços e observei as formas encontradas por essas pessoas para o convívio com sua saúde e as escolhas elaboradas para lidar com dilemas que envolviam a questão da comida no dia-a-dia. A dificuldade mais recorrente é referente a restrições de comidas que outrora eram tão queridas e fizeram parte da tradição e formação de identidade dessas pessoas. Outra dificuldade também envolve o fato de alguns familiares não mais frequentarem essas casas com tanta assiduidade por conta da mudança da forma de cozinhar e do gosto da comida. Compensações na rotina do cuidado com o “problema de pressão” foram observadas na busca de um equilíbrio entre as recomendações biomédicas e as práticas cotidianas, todas essas permeadas de saberes.

Palavras-chave: Antropologia da Saúde, problemas de pressão, hipertensão arterial sistêmica, Antropologia da Alimentação, Ceilândia/DF.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO – Apresentação	7
1. Antropologia da alimentação, comida para corpo e alma	10
2. Antropologia da saúde, doença de longa duração	13
3. Ceilândia	16
4. Conclusão	19
CAPÍTULO 1 – Metodologia, primeiros passos	21
1. Preparação	22
2. Campo, dois ambientes	24
3. Personas em campo	29
4. Organização	31
CAPÍTULO 2 – Espaço Biomédico, ou nem tanto	35
1. Corredor de espera – <i>“Nossa até que enfim você chegou! Vai medir a pressão logo, senão não entra.”</i>	35
2. Consultório médico – <i>“E a dieta? Evitando sal, gordura e fritura?”</i>	39
2.1 Entrelinhas da consulta: a mudança	45
2.2 Voz do médico acima das vozes dos pacientes	48
2.3 Gênero	50
2.4 Tradição e comida	53
2.5. Outras queixas	55
3. Lanche na entrada – <i>“Aqui eu só trabalho com alimento saudável”</i>	55
CAPÍTULO 3 – Entre quatro casas da Ceilândia	60
1. Etnografia a partir da realidade das casas	61
1.1 <i>“Comida boa pra pressão, só se for comer insosso”</i>	62
1.2 <i>“Eu sou mineiro, se tiver um queijo descendo ladeira abaixo, a gente quebra o pescoço, mas come o queijo”</i>	63
1.3 <i>“Foi o propranolol, tomava três, agora só tomo dois”</i>	67
1.4 <i>“Se eu não comesse assim, já tinha ido.”</i>	69
2. Agregar e agradar: espaços de sociabilidade	71
3. Comer com sal e insosso	75
CONCLUSÃO – Considerações Finais	78
BIBLIOGRAFIA	81

INTRODUÇÃO

Apresentação

Foi aí que vi um movimento interessante. Um casal que estava ao meu lado, o homem parecia ansioso, acabara de aferir a pressão e chegou para a mulher dizendo: “16 por 9”. Além disso, estava com uma folha amarela, daquelas em que as enfermeiras anotam a data e ao lado a pressão, pude ver de canto de olho algumas das últimas aferições, como 17/8; 16/9; 20/9 e também seu nome: Seu Francisco. Achei aquele fenômeno muito representativo. Nesse caso, o casal se comunicou através dos números... O que ele disse, tinha sido não só “suficiente”, mas de fato “informativo, elucidativo”. Logo que me senti, percebi que o casal que havia visto ainda não tinha sido atendido. Então, puxei papo. Perguntei se estavam esperando para consultar com o médico, logo o homem que estava mais próximo de mim respondeu que não, esperavam pela enfermeira, na terceira porta. Para se assegurar se estava dando a informação certa, logo perguntou à sua mulher, que assentiu. O senhor estava com uma camisa de manga comprida listrada, vestia jeans e botas pretas, além de um crachá no pescoço, identificando a instituição na qual trabalha. O senhor logo me perguntou se eu também estava esperando para me consultar. Logo expliquei que não, era estudante, aluna da UnB, apresentei o meu tema de pesquisa. Em poucas palavras, falei que estudava a alimentação e o “problema de pressão”. Logo depois da minha apresentação, o senhor já estava bem amigável comigo, e disse com um sorriso no rosto “Ah, a comida! Que bom você estudar isso para saber o que sofre quem tem esse problema”. (Diário de Campo - 20/10/2014)

Alimentação é algo fisiologicamente imprescindível para a sobrevivência animal e humana, mas não é só isso. A proposta desse trabalho é abordar o quanto determinados alimentos transformam-se e transformam a vida de pessoas com doenças curáveis e incuráveis, no caso da “pressão alta”. Digo que se transformam primeiramente no olhar da biomedicina, por tornarem-se vilões e serem banidos da dieta. E logo transformam o cotidiano de muitas pessoas, pois muitas comidas fizeram parte de suas infâncias sendo peças imprescindíveis na formação da identidade. Quero tratar sobre temperos e comidas que são tão presentes no cotidiano da cozinha, como o sal, e que com o diagnóstico médico, assumem outras formas, são repensados ou evitados da dieta. Em um plano geral, visio entender como são feitos os arranjos na

alimentação quando se possui uma doença de longa duração como a hipertensão arterial, e como isso repercute nas relações sociais, seja com a família, amigos, vizinhos e trabalho.

Segundo Canesqui, comer é um ato social (2005). Klaas Woortmann enuncia que “a comida possui um significado simbólico – ela *fala* de algo mais que nutrientes” (2006, p.23). Mintz explicita como o dever de comer sempre, durante toda a vida, levando em conta que crescemos circundados de pessoas com hábitos e crenças particulares, molda também nossa alimentação, mostra que “o que aprendemos sobre comida está inserido em um corpo substantivo de materiais culturais historicamente derivados” (2001, p.31); ou ainda com Lody entendo que se “Come ainda com os olhos, com o corpo inteiro, com o espírito. Pois comer é uma ação muito maior do que simplesmente ingerir sais minerais, lipídios, glicídios, entre outros componentes, para nutrir e promover metabolismo” (2008, p.63). Importante enfatizar que não só o comer, como o próprio preparo da comida, e talvez até a compra desse alimento *in natura* também é. Isso implica considerar que em casas com famílias numerosas, o cozinhar e o comer provavelmente são atividades coletivas que reúnem diversas pessoas à mesa bem como diferentes gerações. Isso leva a uma reflexão, como uma família lida com a alimentação de um membro que convive com uma doença crônica ou de longa duração como a hipertensão, ou melhor, a pressão alta?

A partir da pesquisa realizada na região da Guariroba, bairro da Ceilândia/DF, busco compreender algumas percepções que pessoas acometidas pela hipertensão arterial, ou simplesmente “*pressão alta*”, como elas mesmas falam, reconfiguraram suas dietas após o diagnóstico. O intuito maior desse trabalho é levar em conta os discursos e narrativas das pessoas e traduzir um pouco do que é vivido no dia a dia para lidar com essa doença com o olhar e a escuta etnográficos atentos para a questão alimentar.

Esse trabalho de conclusão de curso foi construído e pensado também através de um projeto de pesquisa para o CNPq no edital de 2014 intitulado “*Panelas juntas ou separadas? Uma etnografia do alimentar entre pessoas com “problemas de pressão” na Guariroba (Ceilândia/DF)*”. O trabalho está inserido dentro do projeto de pesquisa “*Como é conviver com a hipertensão arterial e a diabetes mellitus na Ceilândia? Aportes de uma Antropologia da cronicidade*”, sob orientação da professora Soraya

Fleischer onde outros dois colegas, Paulo Coutinho e Ana Clara Damásio, também participaram com outros temas do Projeto de Iniciação Científica (Pro-IC)¹.

Vale ressaltar que o título do trabalho do CNPq advém de um momento anterior do projeto de pesquisa, do qual eu ainda não fazia parte, mas que suscitou perguntas em relação ao “comer” e à “comida” como uns dos principais temas e também dilemas conversados e tratados durante o campo nessa região. Um dos fenômenos que foram identificados nas etapas anteriores dessa pesquisa, entre moradores do bairro da Guariroba (Ceilândia/DF), são as “panelas separadas” e as “panelas juntas” (FLEISCHER; BATISTA, 2013 e VALE, 2013). No primeiro caso, a comida é elaborada em dobro, sendo que uma parte é diferente e destinada às adoecidas de “problemas de pressão”, ou seja, às próprias cozinheiras. No segundo caso, uma única comida – modificada ou não modificada – é servida a toda a família. As “panelas”, pelo que foi observado, são foco de controvérsia e, por vezes, conflitos domésticos, dificultando por vezes a adesão ao tratamento. Esse fenômeno foi percebido em campo, evidenciarei como essas estratégias resolvem ou não dilemas familiares no trato com a pressão alta mediada pela comida.

Nesse trabalho, refiro-me a doença de pressão alta com diversos termos, seja tratando-a como hipertensão ou “problema de pressão”. Não nego que existe uma diferença nesses modos de se colocar a doença e muito mais, que há uma dicotômica diferença que marca quem fala determinados termos, sendo eles considerados “biomédicos” e “populares”, respectivamente. Também me referirei ao ambiente médico como centro de saúde e posto, sendo que o segundo termo é muito mais falado pelas pessoas usuárias do que o primeiro, mas nem por isso excluirei possibilidades de me referir a esse ambiente.

Assim, também posso enunciar uma doença como sendo crônica, “comprida”, de longa duração, incurável ou simplesmente sem cura. Também utilizo dieta e comida praticamente como equivalentes. Novamente, não nego que existem diferenças para tratar sobre esses termos dentro das Ciências Sociais e por parte de diversos interlocutores, mas durante a minha pesquisa e escrita optei por não distanciar ainda mais essas categorias e esses conceitos, porque para mim, portanto, o que ficou mais

¹ Os colegas seguiram os seguintes planos de trabalho: COUTINHO, Paulo. “Uma etnografia sobre as pessoas que convivem com o “problema de pressão” na Guariroba/DF”; DAMÁSIO, Ana Clara. “Qual é a relação entre os “problemas de pressão” e os “problemas de nervos” na Guariroba/Ceilândia (DF)? ”

claro durante o trabalho de campo foi como ambientes estão em constante contato e troca de informações, evidenciei fatos que me instigam a não remarcar essa diferença. Penso que ao não restringir tanto os meus termos e conceitos de pesquisa, abarco um número maior de pessoas e áreas que terão contato com esse presente estudo e se beneficiarão do que observei, vivenciei, aprendi e analisei.

1. Antropologia da alimentação, comida para o corpo e alma

Os estudos antropológicos sobre a alimentação têm crescido muito no cenário mundial, em comparação com a produção brasileira, nos diz Canesqui (2005). Nesse texto “Comentários sobre os Estudos Antropológicos da alimentação”, que abre um livro intitulado “Antropologia e Nutrição: um diálogo possível”, a autora nos fala sobre as novas abordagens entre as duas áreas que vêm se ampliando principalmente com o interesse voltado à gastronomia e à culinária. Ou seja, dando um maior enfoque à prática dentro das cozinhas. Canesqui cita então o antropólogo Geertz como sendo aquele “quem sugeriu que o entendimento das ciências pode passar não apenas pelas teorias, mas pelos seus praticantes, importando assim analisar aquela produção sem que se faça uma etnografia do saber antropológico sobre a alimentação” (2005, p. 23).

Ana Maria Canesqui em 1965 fez graduação em Serviço Social, especializando-se posteriormente em Filosofia e Ciências Humanas na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Mais à frente, em 1976, finalizou um doutorado em Ciências Médicas também na UNICAMP. Atualmente trabalha junto ao Departamento de Saúde Coletiva da UNICAMP. “Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Ciências Sociais e Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: sociologia e antropologia da saúde; política de saúde e pesquisa qualitativa”². Provavelmente foram os textos dela que mais serviram de apoio para a escrita dessa monografia ao tratar sobre essas duas temáticas quando relacionadas, a alimentação e a saúde.

As constantes produções da antropologia da alimentação têm caminhado para diversos rumos, isto é, seja por uma busca das pessoas por comidas mais saudáveis, e antropólogos retratando tais percursos e escolhas em supermercados e feiras de orgânicos, como faz Fátima Portilho e Marcelo Castañeda (2008); seja por um receio de perda das tradições e necessidade de perpetuar na memória práticas alimentares, como

² <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4787441Y7>

elucida Jesus (2002); ou sobre tribos urbanas e comidas e produtos que são mais consumidos, ou formas de consumo mais adequadas ao mundo globalizado liderado pelos fast-foods, como encontramos em Rosa Diez Garcia (1993).

A minha intenção ao estudar antropologia do alimento advém de uma curiosidade irrestrita que tenho sobre a prática do dia a dia, principalmente de algo que se repete tanto ao longo das nossas vidas, como quando comemos. Percebo a comida como um tema central na formação dos indivíduos, assim como fala o antropólogo francês Fischler (1988).

A alimentação é fundamental para o nosso senso de identidade. A forma como qualquer grupo humano come ajuda a afirmar a sua diversidade, hierarquia e organização, mas também, ao mesmo tempo, ajuda a firmar tanto a sua unicidade quanto sua alteridade de quem come de forma diferente.³ (FISCHLER, 1988, p.1. Tradução minha)

Fischler aproxima o universo antropológico do alimento, clareando alguns pontos que outrora foram pensados, mas não foram formulados. A identidade é primordial para se pensar alguém, como uma pessoa se imagina e se constrói é uma das ferramentas utilizadas pela antropologia. A comida é uma das peças formadoras dessa identidade, por ser uma prática encontrada em qualquer comunidade do planeta, qualquer pessoa precisa se alimentar e tem “saberes” e “quereres” para comer alimentos específicos. Estas são representações de uma forma de viver e, portanto, possui significados próprios.

Mintz (2001) reitera o pensamento de Fischler ao dizer que “o comportamento relativo à comida liga-se diretamente ao sentido de nós mesmos e à nossa identidade social, e isso parece valer para todos os seres humanos”. E mais, Mintz coloca que “Comer é uma atividade humana central não só por sua frequência, constante e necessária, mas também porque cedo se torna a esfera onde se permite alguma escolha” (2001, p.32). Portilho e Castañeda trazem mais um aspecto para se pensar na identidade e comida ao expressar que “os significados da alimentação [...] implicam um conjunto de valores, habilidades e práticas que conformam as escolhas, tornando a alimentação

³ “Food is central to our sense of identity. The way any given human group eats helps it assert its diversity, hierarchy and organisation, but also, at the same time, both its oneness and the otherness of whoever eats differently” (FISCHLER, 1988, p.1).

uma forma de classificação de alimentos e pessoas” (2008, p.2). Assim, a comida por Mintz também se refere diferentemente para cada pessoa:

Para cada indivíduo representa uma base que liga o mundo das coisas ao mundo das ideias por meio de nossos atos. Assim, é também a base para nos relacionarmos com a realidade. A comida “entra” em cada ser humano. A intuição de que se é de alguma maneira substanciado – “encarnado” – a partir da comida que se ingere pode, portanto, carregar consigo uma espécie de carga moral. Nossos corpos podem ser considerados o resultado, o produto, de nosso caráter que, por sua vez, é revelado pela maneira como comemos. (MINTZ, 2001, p.32)

As pessoas se alimentam e acreditam tirar desse alimento propriedades que as nutrem, fisiologicamente, e por vezes ideologicamente, emocionalmente etc. As comidas ganham um significado que vai muito além da sobrevivência que comentei acima, ela nutre não só o corpo, mas nutre a alma, e o ser. A alimentação reescreve a cultura na qual aquela pessoa está inserida, as tradições de determinadas tribos, comunidades, regiões, países.

A comida é central, assim como as práticas que a circundam, desde o plantio, colheita, compra, preparo e também no instante em que se come aquele alimento já pronto. Ainda vai além, depois de ingerida a comida ainda tem o poder de alterar o bem-estar do corpo, da mente, alterando sensações e emoções. Comida também é central por estar nos mais diversos momentos do dia, seja pela manhã, no desjejum, até a ceia. No cenário brasileiro, também é algo que se difere no decorrer da semana, como é o caso dos churrascos aos domingos, por exemplo. A alimentação muda também com a época do ano, já não tanto pela questão das variações sazonais das comidas de época, e sim pelas datas comemorativas, pelas festividades. Durante a estadia em campo, ao final de 2014, percebi o Natal se aproximando, por exemplo, e as pessoas se questionando como fariam para evitar carne, gordura, doce, ou melhor exemplificando: o peru, o lombo e a rabanada.

A comida se transforma ao longo do espaço em que está, seja norte, nordeste, sul, centro-oeste ou sudeste do país. Também se altera ao longo do tempo, do dia, semana, mês. E o que proponho é que ela se altera novamente ao passar dos anos, ela se altera assim como os corpos das pessoas que as ingere se alteram, assim como os corpos

das pessoas que as preparam se alteram. Tudo se transforma, porque nada é estático, porque a vida não é uma conserva e muito menos o cotidiano das pessoas, onde a alimentação é peça chave no dia a dia e o envelhecimento é uma realidade a se conviver.

Penso nessa questão da conserva relacionada a um pensamento que Ernst Götsch, suíço que já mora no Brasil desde 1982, traz para criticar as unidades de conservação ambiental implantadas no Brasil e em outros países do mundo. Para Götsch, conservar não é o caminho para se viver, porque a própria natureza é composta de alterações constantes, organismos vivos que simplesmente possuem formas próprias de se preservar, que não necessariamente têm a ver com isolamento. Ernst Götsch é uma referência no Brasil sobre agrofloresta sucessional biodiversa, ou apenas, agricultura sintrópica que propõe o plantio da forma mais diversificada possível com os recursos disponíveis e promovendo a sucessão natural de forma mais dinâmica, tomando como referência a própria natureza. A forma de plantar florestas de Ernst está de acordo com as práticas de permacultura e mais, mostra que está se inserindo no ambiente de forma positiva, cooperando com o ambiente e com os outros seres que nele vivem. Tive a oportunidade de comparecer a alguns cursos que Ernst ministra pelo Brasil ensinando sobre agrofloresta, mas tenho também como referência um documentário que começou a ser gravado em 2014 que faz parte de um projeto que mostra um pouco da forma como Götsch planta, maneja a terra e cozinha, enfim, vive a vida. Nesse filme⁴, ele diz que a “vida é fluxo, não é uma conserva”, e é esse argumento que, de forma holística, carrego comigo e percebo nas pequenas interações com as pessoas no meu dia-a-dia e que, também percebi durante minha pesquisa na Ceilândia, DF.

2. Antropologia da Saúde, doença de longa duração

A saúde é extremamente conectada com práticas alimentares, segundo a biomedicina. Diversas doenças são prevenidas pela ingestão de água, por exemplo, ou a nossa imunidade aumenta se tomarmos doses regulares de vitamina C, presente em sucos de laranja, acerola e cenoura. Como entender de saúde sem entender de doença e vice-versa?

⁴ Link para o documentário “Agenda Götsch”: <https://vimeo.com/61901270>

A antropologia da saúde vem ganhando espaço no cenário brasileiro, cada vez mais trabalhos são publicados, mais eventos são realizados, e com isso, vai se ampliando para o âmbito mundial, trocando experiências com outras regiões do globo, sejam elas mais próximas, como da América Latina, ou mais distantes e talvez que já sejam referências, como EUA e Europa (CANESQUI, 2007). Mas, assim como enuncia Fleischer (2013), esses estudos vêm acontecendo “a passos vagarosos” ao se referir à temática da “pressão alta” no Brasil.

O presente trabalho busca unir as duas pontas, o cuidado e o envelhecimento; a saúde e a doença, como mecanismo de mediação às práticas alimentares. Compreender o papel da comida dentro do cenário da saúde é importantíssimo, até para se falar de saúde pública, de políticas em saúde, por exemplo. Sempre levando em consideração que o olhar utilizado aqui é etnográfico, talvez alguns dados possam ser ampliados, mas nunca desconectados e/ou descontextualizados.

Busco compreender o adoecimento de longa duração, em especial a “pressão alta”. Esse trabalho traz outras propostas que não apenas a da biomedicina, porque existem outras facetas para serem abordadas. Assim também entendeu Barsaglini em seu estudo sobre pessoas com o diabetes:

Por esta razão, os estudos socioantropológicos contribuem para a compreensão dos elementos presentes nas microdecisões do gerenciamento da enfermidade, que incluem as dietas alimentares, apontando para sua complexidade e os limites das imposições normativas e prescritivas do saber e das práticas médica e nutricional. Considerando haver uma diferença entre o paciente ideal (cooperativo, aquiescente, obediente, passivo e seguidor) e o sujeito reflexivo, que reinterpreta as prescrições alimentares e age em coerência com sua experiência corporal, os conhecimentos prévios, os contextos e as situações cotidianas em que a enfermidade é vivenciada, são requeridas contínuas negociações junto aos adoecidos, constituindo-se em desafio importante no controle e na capacitação para o autocontrole do sofrimento e restrições de vida impostas pela condição crônica do diabetes. (BARSAGLINI; CANESQUI, 2010, p.930)

De um lado, as pessoas não são definidas apenas por um diagnóstico, são também parte de uma família, às vezes de um grupo da igreja, fazem parte de associações e etc. E de outro lado, a doença não fica restrita ao ambiente médico,

também transita, assim como nos disseram Batista e Fleischer, referindo-se ao mesmo bairro da Guariroba onde fiz pesquisa:

Não é possível, nem muito produtivo, refletir sobre o adoecimento – sobretudo em caso de longa duração – somente pelo viés fisiológico ou sincrônico. As doenças são anunciadas nos consultórios, mas são levadas para casa, comentadas pelas vizinhanças, tratadas no calor dos acontecimentos. E é impossível pensar em cuidar de pessoas com 60, 70 ou 80 anos de idade sem considerar suas histórias de vida como migrantes para a capital federal. A densidade biográfica que carregam todos os dias e para todos os lugares aonde vão precisa ser levada em conta quando as equipes profissionais examinarem, prescreverem e aconselharem essas pessoas em seu convívio com a cronicidade. No caso, os projetos de vida, que vinham traçados com aspectos de esperança e renovação com a chegada da aposentadoria, por exemplo, são interrompidos, ou ao menos reorganizados em função do surgimento das doenças tidas como “compridas” e de cuidado constante. (2013, p.15)

Pois assim como as pessoas levam aprendizados médicos para suas casas, para o melhor cuidado e convivência com a sua doença, os profissionais de saúde também deveriam levar as biografias delas em consideração para prescreverem medicamentos e mudanças nos hábitos alimentares, por exemplo. Quero ampliar os estudos que falam sobre como a comida pode afetar na pressão, e conseqüentemente altera o quadro da doença. Assim como nos relataram Bezerra e Fleischer (2013):

Essas pessoas não percebem seus próprios corpos como estáticos, ancorados na concretude do diagnóstico. Os corpos são dinâmicos, bem como os fluidos corporais, como o sangue. Essas pessoas que conhecemos percebem que o sangue é afetado pela comida, pelo temperamento, pelos acontecimentos em casa, no trabalho, no hospital. (2013, p. 189)

Falar sobre adoecimento e compreender o espaço dos novos arranjos nas vidas dessas pessoas é fundamental e a alimentação vira uma peça em comum compondo um mosaico onde se desenham alterações e cuidados depois do diagnóstico de pressão alta. Em algumas pessoas, percebi narrativas saudosas sobre alimentos que foram realmente banidos da dieta alimentar; em outras essas significativas mudanças no cardápio são feitas eventualmente, onde o final de semana é livre, por exemplo; outras pessoas ainda

alteraram apenas a quantidade de comida, sem deixar de comer aquilo que mais gostam. Há muitos arranjos para lidar com a comida, há compensações que são feitas misturando outras formas de cuidado da doença, aumentando a atividade física, por exemplo. Outra coisa a se pensar é sobre a diminuição no nível de socialização nos espaços para não ter que se constranger, não ter que se explicar, não ter que evitar comidas queridas, não ter que deixar de cozinhar uma receita tradicional para os filhos e netos. A proposta é essa, compreender o adoecimento através da lente das cozinhas e mesas das pessoas.

3. Ceilândia

Os primeiros contatos que tenho com algumas cidades ficam na memória. Isso se intensifica quando o lugar em questão é onde uma pesquisa de campo se realizará. No meu caso, a primeira vez que fui à Guariroba, o bairro, especificamente, fui em companhia de uma colega da Antropologia, Monique Batista. Ela já realizava a pesquisa nessa região e foi muitíssimo prazeroso andar em sua companhia, conhecendo a estrutura do bairro, observando as casas e principalmente aprendendo a me deslocar. Obviamente, por ter passado grande parte da minha infância dentro do Plano Piloto, tive um estranhamento ao ver tantas casas ao invés de blocos, mas logo retomei minhas memórias de Pirenópolis, cidade que atualmente moro, mas que estava cada vez mais conhecendo na época do campo, e tudo foi ficando mais familiar, próximo, aconchegante.

Situar o local onde a pesquisa se realizou é essencial por diversos motivos, mas principalmente para contextualizar o campo, ajudar o/a leitor/a a realizar uma construção visual do espaço e reescrever a história desse lugar, trazendo novas narrativas, novas histórias. A Ceilândia é a maior e mais populosa Região Administrativa (RA) do DF, isto é, poderia ser considerada uma cidade, mas no Distrito Federal tal classificação inexistente. Como RA, a Ceilândia é a mais populosa com 449.592 habitantes em 2013, de acordo com os dados da CODEPLAN – Companhia de Planejamento do Distrito Federal⁵.

A Região formada em 1971 traz no próprio nome a marca do estigma atribuído a praticamente a todas as regiões que foram pioneiras e se construíram ao redor da capital

⁵<http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/Pesquisas%20Socioecon%C3%B4micas/PDA D/2013/Ceil%C3%A2ndia-PDAD%202013.pdf>

a partir da década de 1960. LÂNDIA era o sufixo para cidade, enquanto CEI era a sigla para Campanha de Erradicação das Invasões⁶, portanto a CEILÂNDIA inicialmente era o local para onde as pessoas moradoras de chamadas “invasões”, eram realocadas. Os/as primeiros/as moradores e moradoras eram advindos das mais diversas regiões do Brasil, buscavam emprego, tratamento médico ou simplesmente melhores condições de vida (saneamento básico, água, educação e segurança) do que aquelas deixadas nas regiões de origem.

A construção de Brasília tem em si histórias de marginalização profundas e intrínsecas. Enquanto uma cidade pensada, planejada, projetada, a nova capital não incorporou lugares para acomodar a massa de trabalhadores/as que participou ativamente de sua construção, com seu suor. “Em 1969, com apenas nove anos de fundação, Brasília já tinha 79.128 favelados, que moravam em 14. 607 barracos, para uma população de 500 mil habitantes em todo o DF”⁷. Percebo como ainda fica delineada a forma como essas pessoas eram vistas, como “faveladas” e essa informação se encontra no site principal do Governo do Distrito Federal (GDF) que explica um pouco o histórico de cada R.A., deve-se levar em consideração a fonte desse dado, e sempre problematizar as palavras que são escolhidas para identificar estas pessoas, no caso, esses/as moradores pioneiros/as.

Os chamados “favelados” provavelmente são os diversos trabalhadores e trabalhadoras que foram peça chave para a construção e manutenção de Brasília, e que não tinham sido alojados decentemente e por fim, buscaram construir suas próprias casas. E assim, Taguatinga, Gama, Brazlândia, Samambaia e outras Regiões Administrativas sugeriram. A Ceilândia também teve muitos/as moradores/as que trabalharam na construção civil e foram pioneiros/as trabalhando na cidade, chamados de candangos. É uma RA importantíssima estruturalmente ainda hoje por abrigar um número significativo da mão de obra do DF.

Hoje, a cidade expandiu e continua crescendo, e o ritmo de crescimento das cidades vizinhas é acelerado. Atualmente, Ceilândia é a última RA antes da fronteira com o Goiás, logo ao lado de Águas Lindas. E logo abaixo também cresce aceleradamente o Sol Nascente, considerada “a segunda maior favela” da América

⁶<http://www.ceilandia.df.gov.br/sobre-a-ra-ix/conheca-ceilandia-ra-ix.html>

⁷<http://www.ceilandia.df.gov.br/sobre-a-ra-ix/conheca-ceilandia-ra-ix.html>

Latina. “Ainda carregando o título de invasão, a segunda maior favela da América tem vida própria — a mais populosa é a Rocinha, com 70 mil habitantes, segundo dados oficiais”⁸. Do outro lado, o condomínio do Sol Nascente já está com 61 mil moradores, de acordo com a mesma fonte.

Em termos de equipamentos de saúde, a Ceilândia comporta dois hospitais - Hospital Regional da Ceilândia (HRC) – público – e Hospital São Francisco – que é privado – e 12 centros de saúde, além de abrigar um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Pergunto-me se isso é suficiente para toda essa população, já sabendo que a resposta é uma negativa. Com essa preocupação em mente, problematizo a atenção dada a essa Região Administrativa do DF, nos quesitos mais amplos de segurança, educação e, é claro, saúde. Questiono o Serviço Único de Saúde e a assistência que ele prevê para a população e aos interesses de quem ele atende.

Essa pesquisa teve por intuito uma aproximação com um bairro da Ceilândia, chamado Guariroba. Essa região surgiu na década de 70 e possui em sua história um processo diferente de habitação do que citei acima na Ceilândia. Nesse espaço específico, o governo atuou antecipadamente juntamente com a Sociedade de Habitação de Interesse Social (SHIS) para dar moradia para as mais diversas famílias. Portanto, na Ceilândia Sul, região em que a Guariroba cresceu, um cadastro e um posterior sorteio era o que determinava os/as novos/as donos/as daquelas casas populares, construídas a princípio com um mesmo padrão. Como muitas de minhas interlocutoras relataram que participaram de sorteio de casas populares pelo cadastro na SHIS, diversas vezes imaginei que tivessem ganhado as casas, porém tudo ficou mais claro à medida em que conheci melhor o espaço, troquei informações e continuei a leitura da bibliografia sobre aquela comunidade. Fleischer e Batista clareiam o assunto:

Não exatamente “ganharam”, já que as casas foram todas quitadas depois de um longo período de módicas prestações. É preciso cautela ao ler os dados sobre as casas recebidas, pois a dádiva parece se referir à sorte com que contaram no momento da escolha, mas não exatamente o fato de receberem algo sem ônus ou sem esforço. (FLEISCHER; BATISTA, 2013, p.6)

⁸http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/cidades/2013/05/09/interna_cidadesdf,365052/moradores-do-sol-nascente-querem-independencia-em-relacao-a-ceilandia.shtml

Na Guariroba, atentei para compreender não só o sistema de saúde de uma forma macroestrutural, mas também as pequenas demandas da população e seus universos caseiros que são normalmente guardados e têm estruturas menos delineadas, muitas vezes desconhecidas. Busco também desconstruir o estigma que continua sendo repercutido em diversos locais sobre a violência nessa RA. A falta de contextualização das informações cria e alimenta um estigma, e é justamente isso que eu não quero e não pretendo fazer sobre a Ceilândia. Posso dizer que vi pessoas fazendo uso de drogas em “bocas de fumo”, mas não com menor frequência do que vejo na minha própria universidade que, apesar de todas as políticas de inclusão social, continua com uma representatividade grande das classes com maior poder aquisitivo.

4. Conclusão

Pretendo fazer uma monografia cronológica, isto é, mostrando um pouco dos diferentes universos que conheci, na ordem em que os conheci. Antes de tudo seguirá um primeiro capítulo que abordará uma breve metodologia do trabalho de campo, isto é, abordando os diferentes momentos da minha pesquisa, primeiras sensações e percepções que tive em campo. Também será abordada a forma organizacional posterior à saída de campo, ou seja, toda a organização dos dados coletados, a análise do material e, inclusive, um pouco sobre o processo de escrita desse trabalho de conclusão de curso.

Em seguida, o segundo capítulo retratará o mundo biomédico, nesse caso com o recorte para um centro de saúde no qual fiz pesquisa no bairro da Guariroba, onde pude acompanhar consultas com médico e nutricionista. Pretendo ilustrar um pouco do que é vivido no cotidiano das pessoas que buscam o SUS para o cuidado e manejo com doença crônica da hipertensão arterial e quem sabe aprofundar algumas categorias que descobri em campo, como onde se insere o alimento no tripé das orientações para o convívio com esse “problema de pressão”.

No terceiro capítulo, a questão se inverte e o foco será das relações intimistas, as caseiras. Tratará sobre o aprofundamento metodológico que tive em campo, ao visitar as casas das pessoas muitas coisas podiam ser ditas, sem que isso pudesse resultar em uma mudança de tratamento do médico com o paciente. O contato que tive foi mais direto, com a minha voz fazendo as perguntas, ao invés da voz do clínico e da nutricionista. E assim, pude me fazer entender e obviamente entender outras questões das pessoas com

as quais eu fiz pesquisa. Por exemplo, perguntei sobre a prática social de fazer o alimento e de comê-lo em família e sobre as dificuldades para conciliar esses momentos com as restrições dietéticas relacionadas ao “problema de pressão”.

Na conclusão vou aproximar melhor essas duas versões. Mostrar que na realidade, o binarismo é simplista demais. O médico abriu mão de algumas demandas e escutou as especificidades de alguns pacientes, assim como as pessoas também adaptaram seus discursos e práticas adicionando conselhos e orientações com teor biomédicos. Portanto, pretendo borrar as fronteiras, não sistematizar tanto. Ao final, o manejo da doença é o principal para a vida seguir tranquila e/ou turbulenta, como sempre é. Além de ser sempre permeada de reproduções de algumas práticas, também existem as constantes mudanças e transformações, graças aos compartilhamentos de sabedorias.

CAPÍTULO 1

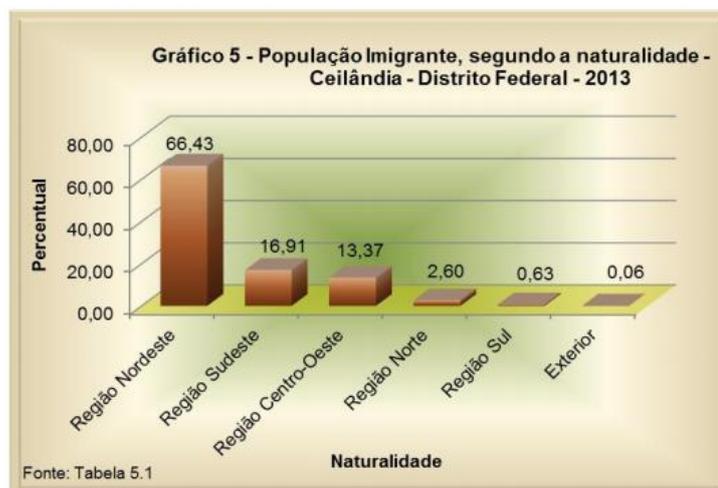
Metodologia, primeiros passos

Uma metodologia que me norteou em campo foi a observação participante, ideia concebida inicialmente pelo conhecido Malinowski (1976). Conceito tão notável e popular dentro da Antropologia, a observação participante propõe que o antropólogo esteja presente em campo e observe, tome notas, participe. Mas o que não é claro, é que essa metodologia foi só a primeira etapa para se pensar a minha pesquisa. Etnografar exige uma escuta diferenciada, mas o que fazer com aquilo que nos é dito? Ou ainda, o que fazer com aquilo que tomamos nota? Como responder e compartilhar quando assuntos delicados são trazidos à tona?

Ao longo das conversas com meus/minhas interlocutores/as tive momentos em que textos como o de Favret-Saada (1990, tradução 2005), que trata sobre a afetividade em campo se adequaram muito mais. Ouvir sobre as doenças e percursos de tratamento me aproximava de maneira intensa daquelas realidades vivenciadas e em determinados momentos exigiam muito mais do que uma escuta, exigiam uma compreensão imediata daquilo que estava sendo dito. Não eram apenas palavras, eram também sensações, memórias vividas, eram dores, lágrimas ou então alegrias e sorrisos. Em alguns momentos posteriores ao campo, ainda me recordava e recordo de alguns rostos, algumas falas vivamente. Lembro do caso da moça que tinha retinose pigmentar e ficava a cada dia mais cega, lembro bem dela contando ao doutor do diagnóstico. E isso se intensifica quando pensamos nas semelhanças das histórias desses interlocutores com narrativas de pessoas da minha família. Nesse caso, fazia ligações com a minha avó, que acidentalmente perdeu a visão de um olho alterando drasticamente a interação que tinha com sua atividade de lazer principal: a pintura.

Dentro dessa perspectiva antropológica, que se propõe mais íntima, atenciosa, menos abrangente e generalizante conheci e convivi com algumas pessoas adoecidas crônicas e seus familiares. Muitas das pessoas com quem fiz pesquisa eram nordestinos/as, oriundos/as da Bahia, Paraíba, outros/as muitos/as eram mineiros/as e alguns/mas goianos/as. Em completa concordância com os dados de CODEPLAN,

SEPLAN e GDF que retrata um pouco sobre as origens, a naturalidade dos moradores da Ceilândia:



Fonte: Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD) 2013 – Ceilândia. Gráfico 5, página 32.

1. Preparação

A preparação para o campo aconteceu com uma primeira visita em companhia de uma colega e amiga do curso, Monique Batista estava finalizando sua pesquisa monográfica (BATISTA, 2014), defendida em dezembro de 2014, onde falou sobre uma complicação advinda da pressão alta, falou sobre as pessoas acometidas por derrames e também sobre as cuidadoras de algumas dessas pessoas, reunindo portanto uma reflexão acerca da família e do sofrimento causado por sequelas como perda de movimentos, perda de memória das pessoas que sofreram de derrame.

Era julho, conheci a parte de “cima” da Guariroba, isto é, QNN 02, 04, 06, 08 e 10. Na época, visitamos uma família onde o senhor tinha sido acometido de três derrames e tinha feito pontes de safena, sua mulher também tinha o diagnóstico de pressão alta. Para mim, naquele primeiro momento, foi um grande aprendizado. Eu tentava ajudar minha colega perguntando coisas que complementassem as narrativas daquelas pessoas. Por vezes, eles se esqueciam do fio da meada e eu tentava retomar o assunto e à pergunta inicial. Monique Batista não largava o caderno de campo, peça preciosíssima para firmar na memória datas, acontecimentos, detalhes vividos. Eu estava despreparada, sem caderno, só com a memória. Achava que poderia guardar as informações com um mínimo de clareza, mas me enganei.

Naquele dia, vi como era perguntar sobre doenças e suas sequelas, vi que por mais que tivesse um lado ruim, obviamente, de sofrimento, tinha também momentos de superação e recuperação que atribuíam força àquelas pessoas. Perpassar por problemas poderiam enfraquecê-las a princípio, mas contar sobre suas narrativas remontando os acontecimentos também lhes conferiam confiança e persistência. A conversa toda foi muito agradável e pude perceber desde aquele dia que o bairro era um local acolhedor para se fazer pesquisa, inclusive ao final da visita, quando cordialmente pedi um copo d'água, fomos servidas com refrigerante. Até então, eu tinha pouco preparo para fazer trabalho de campo e devo muito a Monique Batista por essa primeira experiência.

Meses depois, o campo se desenrolou e o grupo do Pro-IC, formado por Paulo Coutinho, Ana Clara Damásio, eu e a professora orientadora Soraya Fleischer fez diversas visitas ao bairro. Em um primeiro momento, nós tínhamos como ponto norteador um dos Centros de Saúde da Guariroba. A partir desse primeiro espaço, mais povoado pela doença, seus arranjos e sob o olhar dos funcionários de saúde é que conseguimos o contato para, em um segundo momento, conhecer a casa de algumas pessoas da região. Dessa vez, a parte de “baixo” foi mais visitada, abrangendo as QNN 18, 20, 22, 24 e 26. Os contatos foram adquiridos graças a uma solicitação repetitiva das pessoas que se consultavam ao médico para escrever o endereço na receita, assim teriam acesso aos remédios com mais facilidade em uma das Farmácias Populares da região. E nós tivemos acesso às consultas e por consequência aos endereços.

Vale ressaltar que como as temáticas eram diversas e alguns dos interesses de cada pesquisador/a eram diferentes, por vezes fazíamos saídas em grupo, outrora em dupla, ou com certa frequência, individualmente. Na primeira saída em grupo, tivemos o privilégio de já conhecer a D. Jurema, um contato anterior, que ainda teria muito a nos contar. Tais formas de entrada coletiva em campo são raras, visto que normalmente o antropólogo segue um caminho de pesquisa solitário. No máximo com ajuda de “informantes”, claro que há exceções como Bateson e Mead que fizeram expedições juntos pelas ilhas da Polinésia, ou mesmo Malinowski que levou consigo a mulher para o campo na Melanésia. Porém, o que fica mesmo em mente são os trabalhos de campo que a pessoa tem que iniciar por si só, distanciando-se daquilo que lhe é familiar e aproximando-se do que é exótico, e pode ser um exercício duro exotizar ambientes e paisagens urbanas tão similares àquelas vivenciamos no cotidiano.

2. Rotina em campo

Pegava o metrô para me deslocar à Guariroba, andava até o Centro de saúde, um dos locais em que essa pesquisa mais se desenvolveu. Afinal, o intuito era de encontrar adoecidos crônicos, em especial aqueles com “problema de pressão” ou “pressão alta” e entender um pouco sobre as formas de lidar com a alimentação, tivesse ela sofrido alterações por causa de uma dieta específica para controlar a doença, ou tivesse permanecido a mesma em qualidade e se alterado em quantidade, ou ainda, tivesse permanecido a mesma, antes e depois do diagnóstico. A pesquisa tentou ser feita da forma mais flexível possível, dando atenção àquilo que as pessoas gostariam de falar.

Sendo assim, perguntas foram feitas de acordo com o desenrolar da conversa com o/a interlocutor/a. Algumas problemáticas já haviam sido ressaltadas, como o interesse para abordar um pouco sobre as tradições dessas pessoas e inclusive sobre uma marcação forte de gênero no preparo do alimento. Outros apontamentos surgiram no decorrer das semanas, alguns enunciavam as diferentes expressões que as comidas possuem para esses indivíduos e de uma dicotomia que marca o convívio com a doença, classificando a pressão por vezes paralelamente em boa/descontrolada, comida boa/ruim. Isto é, a pressão poderia ser boa quando estivesse em torno da numeração 12 por 8 e até 14 por 9; e estaria descontrolada se a mínima ou a máxima se encontrasse acima disso. Enquanto que a comida boa é aquela que permite à pressão permanecer controlada, e a ruim é aquela que descontrola os níveis da pressão.

O centro de saúde foi o primeiro ambiente no qual a pesquisa se deu. Isso porque um dos dias da semana, no caso às segundas-feiras, havia o grupo do HIPERDIA, isto é, reuniões de pessoas inseridas no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos. O grupo teoricamente começaria com a apresentação de um filme, que sempre era o mesmo, do Dr. Dráuzio Varela, em seguida, o momento da triagem, ou seja, aferir a pressão, depois a consulta médica e por fim, o agendamento de uma nova consulta com o médico clínico sem necessidade de pegar fila. Na ocasião, o grupo estava passando por uma atualização tanto dos dados dos pacientes e das pacientes, quanto por causa de um ajuste em todo o quadro de funcionários/as desse espaço de saúde, muitos/as funcionários/as tinham aposentado ou sido realocados/as,

assim, o HIPERDIA estava se resumindo na etapa da triagem, na consulta e na marcação do retorno para dali a 6 meses.

Ser integrante do grupo do HIPERDIA exige responsabilidade e compromisso por parte dos/das pacientes, isto porque os/as participantes possuem acompanhamento contínuo e, portanto, um local de privilégio dentro do funcionamento do serviço público de saúde, com consultas e medicamentos disputados. Para honrar com esse privilégio, não podem ter mais de duas faltas seguidas, se não, perdem a vaga.

Na minha primeira ida ao Centro de Saúde, no dia 18/08/14, logo pela manhã, pude perceber um dia intenso de dinâmicas, ainda na área externa com a cobertura de um toldo onde acontecia a aula de alongamento e ginástica, coordenada por dois dos funcionários, além de um espaço com aparelhos para ginástica da terceira idade, com uso de diversas pessoas. Pude perceber como aquele espaço era interativo e como aquele grupo proporcionava de fato um espaço de convivência regular para aquelas pessoas se exercitarem e também se encontrarem para conversar (FLEISCHER; BATISTA, 2014).

Na área interna, obviamente, uma movimentação intensa dentro dos consultórios, fossem da pediatria, clínica geral, ginecologia, nutrição, assistência social, ou mesmo na fila da farmácia e de coleta de material biológico. O “posto”, como é chamado pelos/as usuários/as, mesmo cedo ferve em atividades em busca da eliminação da doença ou em busca de uma melhor convivência com a doença por parte de idosos/as, jovens e crianças. É um público misto que comparece ali durante todo o dia. Pude participar de alguns momentos dentro de consultórios e pretendo explicar melhor meu lugar dentro desses ambientes.

Um dos ambientes que pude conhecer foi o consultório da nutricionista do Centro de Saúde. No dia 26/08/14, cheguei cedo, mas não o suficiente para escolher o melhor lugar dentro da sala de reuniões onde se daria a palestra da nutricionista. Havia conhecido a nutricionista no dia anterior (25) e perguntei se poderia comparecer nesse evento para conhecer pessoas (onde faria no futuro eventuais visitas às casas) e entender esse setor da nutrição. A nutricionista foi atenciosa e cuidadosa, logo me orientou a chegar mais cedo, e eu o fiz. O esquema da palestra era muito simples, na primeira parte, teria o preenchimento de uma ficha técnica da Secretaria de Saúde do GDF, o Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), e depois, a fala da

nutricionista seria intercalada com recorrentes participações das pessoas que ali estavam, fosse para responder, perguntar, dar exemplos, ou complementar as informações da profissional.

Em um momento inicial fiquei praticamente calada, apenas observando, me situando, pegando mais cadeiras de uma sala vizinha para outras pessoas se sentarem, até que a sala fosse preenchida por todas as integrantes, uma sala majoritariamente composta por mulheres. A profissional começou a falar e seguia um roteiro, guiada com uma apresentação de *slides*. O primeiro *slide* perguntava o significado de alimentação saudável. Eu me perguntei o intuito daquilo, se era impor às pessoas uma alimentação perfeita, mas que não se adequaria ao cardápio do dia a dia das pessoas que ali participavam. Mas, fui surpreendida quando a nutricionista voltou a fala às pessoas, querendo entender o que elas entendiam por “alimentação saudável” e na sequência fez uso das respostas nativas, como: “é qualidade e não quantidade” e também “é uma junção de diversos/variados nutrientes”, para construir então a resposta ideal própria daquele grupo. Isto é, a nutricionista colocou a pergunta, mas possibilitou que as pessoas construíssem a resposta daquele evento.

Em seguida, com o término da palestra, fui chamada para dentro do consultório pela nutricionista, inclusive fui nomeada como “ajudante”. Uma explicação para que as pessoas me deixassem permanecer nas consultas, mas que não fora combinada. O que eu tinha em mente era que me apresentasse, mas fiquei completamente sem reação quando fui colocada de forma abrupta ali dentro, onde as mulheres primeiro tiravam seus agasalhos e sapatos, em seguida subiam de costas na balança, e eram pesadas e medidas ao mesmo tempo, para agilizar o processo, como falarei mais adiante.

Na segunda palestra da nutricionista em que estive presente (02/09/2014), já havia me preparado para não cometer os mesmos erros. Sentei-me atrás, como desejava da primeira, e pude acompanhar um pouco do desenrolar das perguntas feitas pelas pessoas. O roteiro era o mesmo da palestra anterior que tinha participado, portanto, novamente os *slides* ajudavam no andamento do evento e sempre permeado de participações das pessoas presentes. Nessa palestra, ao contrário da primeira que vi, já havia homens por ali, inclusive um que acompanhava a mãe, invertendo a lógica de cuidado em que apenas as mulheres são cuidadoras em potencial (BATISTA, 2014; ENGEL, 2013).

Com o fim da palestra, no corredor, na espera para pesagem e medição pela nutricionista, pude me apresentar para várias pessoas ao mesmo tempo, talvez umas quatro ou cinco que ficaram em silêncio para que eu pudesse explicar um pouco sobre a minha pesquisa. Nesse dia, não me senti à vontade para entrar no consultório, ao invés disso, fiquei ali de fora mesmo conversando com uma senhora que tinha problema de pressão e sua profissão era fazer salgados. Um dos dilemas do convívio com uma doença crônica, dita incurável, é conseguir conciliar antigos ofícios com esse novo diagnóstico, sem que isso altere por demais a identidade.

O segundo ambiente em que pude entrar e conhecer foi o consultório médico, um ambiente interessantíssimo para estudar e só foi possível graças ao meu colega Paulo Coutinho que, na ocasião, tinha como tema de estudo compreender a relação médico-paciente dentro do consultório. Apenas depois da autorização da diretora do Centro de Saúde e concomitantemente aguardando o aval do CEP (Comitê de Ética e Pesquisa) em que toda a pesquisa do grupo estava embasada, a pesquisa se iniciou.

O primeiro dia em que eu entrei no consultório, lembro-me de ter dificuldade em acompanhar o ritmo das consultas, a primeira paciente que esteve no consultório chamava-se Eva, e não tive oportunidade de acompanhá-la ao corredor de espera e também não retornei a vê-la nos meses seguintes frequentando o centro de saúde. A primeira impressão que tive foi de um estranhamento por mal ouvir a voz dessa paciente, levando em consideração que na maioria das vezes a voz do médico já se sobressaía ao fazer perguntas. Queria poder dar um pouco da minha voz a alguma das pessoas, sem que isso atrapalhasse a consulta. Falarei um pouco sobre o ritual da consulta no segundo capítulo.

Um terceiro ambiente que fez parte da minha pesquisa dentro do centro de saúde, talvez o que mais estive presente, foi o corredor de espera. O primeiro momento no corredor talvez não tenha sido o mais proveitoso, pois me senti deslocada, relendo meu diário, vejo que me senti perdida, sem saber qual rumo seguir, qual conversa acompanhar, em qual pessoa “investir”, de qual pessoa me aproximar. Um dos melhores momentos que tive nesse ambiente foi vivido inclusive na abertura dessa monografia. Um espaço envolto de narrativas e histórias e foi importante conseguir me situar ali.

O corredor de espera é bem comprido, com um banco fixado diretamente na parede de mais de 5 metros de comprimento que proporcionava às pessoas acesso a

diversos consultórios, pois ficava voltado para muitas portas à frente. Por não separar quem vai para uma consulta de quem vai para outra, permitia uma interação muito grande entre essas pessoas, fazendo com que senhoras que estavam marcadas para o grupo da pressão no consultório 1, por exemplo, interagissem com moças novas que estavam grávidas à espera da consulta ginecológica no consultório 2, e também conversassem com pessoas que aguardavam a coleta de sangue para análise, na sala de coleta, que se encontrava no fim desse mesmo corredor. Esse ambiente do corredor de espera era sempre permeado de pessoas interagindo e buscando atendimento, portanto, local de privilégio para realização de pesquisas.

O outro ambiente da minha pesquisa eram as casas das pessoas. Em um primeiro momento, consegui contatos anteriores da minha professora e de outras colegas que já estiveram ali na Guariroba. Com o tempo, dentro do consultório médico foi possível coletar alguns endereços das pessoas e seguido a isso, me deslocar até suas casas. Eu relembra o nosso contato, apresentava a pesquisa, pedia permissão para fazer algumas perguntas e normalmente era convidada a entrar.

Houve desencontros e “nãos”, é claro, mas fico contente em pensar que foram poucas as vezes em que fui afastada, ou tive recusas, recordo de três situações em que não foi possível um contato mais próximo. Na primeira negativa que recebi simplesmente houve uma falha na comunicação, havia conhecido uma mulher na palestra da nutricionista e infelizmente não peguei o endereço de prontidão, apenas o telefone. Liguei diversas vezes e não chegamos a nenhum horário comum para a visita. O segundo caso, a mulher simplesmente não estava em casa, quem atendeu a porta fora o filho e, por não me conhecer, impossibilitou um próximo contato. Na terceira negativa, a mulher parecia ter medo de sair de casa, inclusive até ao atender a porta ela não teve coragem de destrancar o portão de barras de ferro que era fixo em frente à porta da sala para conversar, travando a conversa a mais de quatro metros de distância.

Na maioria das vezes eu fui bem recepcionada, chamada para entrar e me sentar em suas varandas ou salas, dependendo da situação. Em algumas casas pude perceber como as pessoas eram realmente acolhedoras ao servir suas comidas e cafés-da-manhã para mim, em outras, a proposta era feita e eu educadamente recusava, quando percebia que seria incômodo. Mas a comida se apresentava, portanto, na mediação de nosso encontro, reforçando o caráter social da alimentação.

3. **Personas em campo**

Dedico essa parte do meu trabalho a discutir um pouco sobre as identidades que me foram dadas, mas que a princípio eu não tinha uma ideia do que significavam. Percebo, hoje, que eram momentos importantes em que as pessoas tentavam me situar dentro dos mais diversos espaços pelos quais circulei e, por isso, os delineei anteriormente, para que não causassem confusão ao/à leitor/a também. Em alguns momentos, talvez eu tenha me apresentado como aluna da UnB, aluna de Ciências Sociais, aluna de Antropologia, mas dificilmente essa minha apresentação era suficiente para solucionar possíveis dúvidas, e quiçá talvez ela mesmo tenha gerado outras interpretações das pessoas.

Dependendo do espaço em que estava, em uma nova personagem eu me transformava. Dentro do consultório do médico, eu era confundida com “estudante de medicina”, mesmo que tivesse sido apresentada ora pelo meu colega Paulo Coutinho, ora pelo próprio médico como “aluna de Antropologia da Saúde”. Penso que algumas pessoas deviam confundir esse nome com alguma possível especialização da medicina, como Dermatologia, que possui o mesmo sufixo: *logia* que vêm do grego *logos*.

Outro espaço que ganhei uma função nova foi no consultório da nutricionista, fui chamada de “ajudante”. No meu diário falo sobre como foi difícil olhar para as mulheres que se pesavam e perceber que parecia que um acordo tácito que tínhamos criado durante a palestra tinha se quebrado, agora não éramos mais cúmplices, eu tinha deixado de ser uma delas, tinha me tornado “a outra”. Ainda demoro muito tempo até hoje pensando no que isso quis dizer para o meu campo, para essas pessoas. Será que é como dizer “assistente”, “estagiária”, “aluna”? Eu me transformo em alguém da área da nutrição? Vou para área da enfermagem? Eu me senti tão incomodada que simplesmente tive que voltar e tentar me corrigir, mesmo que fosse com um novo grupo de pessoas. Fiz isso voltando ao banco de esperas. Penso que obtive sucesso na minha nova apresentação, não quis gerar dúvidas, nem ruídos, me incomodava ser associada aos funcionários da saúde, porque, afinal, eu não sou. E mais, principalmente, não queria desfazer laços criados em campo, como senti que foi o caso.

Ainda fui confundida como “agente comunitária de saúde” (ACS), provavelmente por transitar pelas casas das pessoas. Afinal, como eu sabia o endereço delas? Como eu poderia saber das doenças e dos endereços de uma só vez? Obviamente,

eu tinha algum vínculo com o Centro de Saúde e porque não uma ACS? Era difícil tirar o jaleco branco invisível, principalmente com tantas semelhanças. As/os agentes andam em equipes de médico e enfermeiras, são as/os responsáveis por marcarem as consultas do Programa Saúde da Família (PSF) que aparentemente estava na ativa naquele centro de saúde. Eu andava em grupos, ora com Ana, ora com Paulo, ora com Soraya e sempre que me aproximava das casas das pessoas, pegava o caderno na mão, fosse para confirmar endereços, escrever sobre a fachada da casa, ou mesmo já escrever algum lembrete.

O ponto que quero elucidar é que por mais que me apresentasse, como da Antropologia, falar sobre antropologia não clareava meu papel. E assim, muitas outras pesquisadoras antropólogas também passaram por situações similares, como Bezerra (2011) que também fez pesquisa na Guariroba (Ceilândia-DF) relata:

Como pesquisadora, fui percebida de diversas formas em campo. Esta é uma reflexão importante porque, somente a partir daí, foi possível perceber como se deram os diálogos com as pessoas que conheci e encontrei. Fui notada como “estudante de farmácia” ou “estudante de medicina” por ser jovem e falar parecido com uma estudiosa da área saúde. Também achavam que eu era “pesquisadora do governo” (...). (2011, p.24)

Muitas vezes escolhi me identificar como aluna de Ciências Sociais, por talvez gerar conexões mais “simples” para as pessoas fazerem, principalmente quando tais apresentações eram mais breves, aguardando uma consulta, por exemplo. Porém, ao adentrar as casas das pessoas, sentia a necessidade de ir além de um contato rápido, gostava de me explicar, fazia questão de mudar a temporalidade que tínhamos que seguir no centro de saúde com perguntas rápidas e apresentações a jato. Nas casas sentia que, por ter sido acolhida, precisava ser o mais transparente possível, mesmo que isso fosse tomar parte do meu tempo para dar uma explicação de antropologia.

Em alguns casos, com a Dona Mirtes e Dona Marina, que apresentarei mais à frente no terceiro capítulo, me estendi um pouco mais, pude dar exemplos, explicitar temáticas mais conhecidas da antropologia, como a pauta indígena e falei sobre a antropologia da saúde. Falar sobre meu tema de pesquisa sempre era muito bom, também me suscitava pensar novos aspectos, já que as pessoas sempre traziam novos olhares.

4. Organização

O debate que quero firmar a seguir pretende ser didático. Durante o meu percurso dentro da universidade, com duração de quatro anos e meio, regados a muita diversão, e, depois do nascimento do meu filho, conquista de maturidade, percebo que foram escassos os momentos em que percebi que a antropologia tinha aparatos muito diversos para análise de seus dados e acho primordial suscitar mais trabalhos que falem sobre a organização dos dados coletados, construção e escrita do trabalho de pesquisa. Falar sobre o que é feito no momento de “gabinete” da antropologia, ou seja, de retorno do trabalho de campo acrescenta muito ao debate antropológico como um todo. Afinal, é uma das nossas etapas ao construí-la com ciência, a apresentação e explicação.

Nós, antropólogas e antropólogos, temos uma forma específica de fazer pesquisa. Utilizamos dados empíricos e a partir deles geramos reflexões acerca dos mais diversos temas e escrevemos para nossos colegas de curso na maioria das vezes. O que falta é delimitar como de fato se deu a metodologia de campo e de análise dos dados. Escrever que foi feita uma classificação e depois uma outra categorização é muito amplo, quero buscar refazer o passo a passo da construção da minha monografia. Não quero formar uma receita de bolo, sei que isso é inviável, cada um terá que utilizar os ingredientes que estiverem disponíveis. Quero apenas delimitar como foi o meu trabalho, mostrar as especificidades do que se desenrolou comigo, com meus/minhas interlocutores/as e com meus dados.

Primeiramente, acho que tenho que reafirmar sobre a autorização e o consentimento das pessoas com quem estive em contato durante esses quatro meses, que vão de 18 de agosto a 15 de dezembro de 2014. Fiz pesquisa de campo em dias variados, por vezes nas segundas-feiras, o dia em que tinha o encontro clínico do grupo do HIPERDIA; às terças-feiras eram as palestras da nutricionista e em outros dias da semana para visita nas casas. Para me deslocar da minha casa até a Ceilândia era obrigada a separar ao menos 2h do meu dia para esse percurso, fosse ele feito de carro e em seguida de metrô ou ônibus seguido de metrô. A minha pesquisa não tinha um horário muito fixo, dependia dos horários disponíveis das pessoas para me receberem em suas casas.

Em um primeiro momento, escolhi o período matutino por achar que poderia ser mais proveitoso dentro do centro de saúde. Mas, ao longo do meu campo, com o

envolvimento e aumento do número de visitas às casas, percebi que meu deslocamento seria menos turbulento se eu fosse durante as tardes, isto é, saísse do Plano Piloto depois do almoço 13h e ficasse até umas 16h. Isso porque o horário da manhã tem um fluxo intenso de trabalhadores/as que se deslocam para o Plano Piloto, principalmente para o centro, a Rodoviária. E, de onde eu morava no final da Asa Norte, percorria um trecho no sentido desse fluxo, para só depois pegar o contra fluxo, no trecho centro-Ceilândia.

Em segundo lugar, acho necessário me aprofundar sobre a pesquisa em grupo. Desse esforço conjunto, a pesquisa de campo resultou em um material de pesquisa de dados composto por dois volumes, em um total de mais de 700 páginas foi produzido. O que compunham esses dois tomos eram diários de campo de toda a equipe, organizados em linearidade cronológica. Esse material escrito por todas/os está presente nesse trabalho, isto quer dizer que, por vezes, posso vir a utilizar alguns trechos de meus colegas, que deram o devido consentimento, para enriquecer algumas percepções que tive e ilustrar momentos vividos ou mesmo dar mais cor às pessoas, mais voz e sotaque às falas delas. Fizemos um acordo de que todos poderiam usufruir de todos os dados, se preciso, a depender do tema, autorizando assim a leitura e análise do próprio material por outra pessoa. Ao categorizar os meus dados, também optei por categorizar dados recolhidos pelos colegas e é claro se for citá-los *ipsis literis* explicitarei a origem.

Falar sobre esse trabalho em grupo também me leva automaticamente a pensar sobre a importância das reuniões de orientação que tive ao longo dos três semestres dedicados à monografia. As reuniões geram um compartilhamento rico de experiências e vivências entre os/as orientandos/as e a professora, sejam elas/eles da graduação com o foco na Ceilândia, ou mesmo da pós-graduação, mestrado, doutorado ou até pós-doutorado.

Nessas reuniões, diversos tipos de documentos e produções podem ser compartilhados para leitura, independente da fase de trabalho que o/a estudante se encontra. Por exemplo, em um primeiro momento, compartilhamos uma listagem que tem por intuito fazer um levantamento das bibliografias a serem lidas para dar um panorama sobre o campo, para conhecer e tatear o tema que será abordado; em um segundo momento, na fase das idas a campo, ou seja, das coletas de dados, os diários editados que escrevemos foram comentados oralmente ou em formato digital por alguns

colegas; em um terceiro momento, compartilhamos capítulos que estamos escrevendo, seja para um artigo de uma revista, para o Pro-IC ou um esboço de um capítulo para dissertação; ou ainda conversamos sobre as teorias dentro do universo da Antropologia da Saúde.

As reuniões, portanto, propiciavam que soubéssemos um pouco mais sobre o processo mais amplo da criação de um trabalho antropológico. Tivemos a noção da construção individual de cada colega do grupo de orientação e é muitíssimo fértil conversar com pessoas semanalmente que possuem outras perspectivas para olhar e analisar um fenômeno que vivenciamos. Podemos ler o diário de outro/a colega que esteve conosco em campo e aprender com a forma de escrita, o olhar e escuta etnográficos e, é claro, com a postura perante situações semelhantes.

Seguido a isso, para clarear a metodologia, acho válido firmar que mais de uma vez li e reli esse extenso material, tanto os meus diários, quanto os das/do colegas e marquei os trechos que poderiam engendrar a minha reflexão. Após a leitura, fiz uma busca daquele material que tinha evidenciado e coloquei-os em um único arquivo, reduzindo meus dados. Também fiz o esforço de montar tabelas no Excel ou mesmo no Word para enxergar melhor aquilo que havia sido estudado. Esses materiais que fui produzindo, antes de escrever esse trabalho de conclusão de curso foram apresentados nestas reuniões semanais e os comentários dos/as colegas foram preciosos para enriquecer meu aprendizado e suscitar novas perguntas, gerando mais temas, mais referências, mais problemáticas. Corrigindo e ensinando de uma só vez.

Sempre tive uma visão estrutural em campo, digo isso no sentido de me recordar das situações que vivencio através de construções mentais dos espaços em que estava e presenciava. O que propus trazer nessa monografia é um pouco dos dois recortes principais em que estive, ao se tratar de espaços de convivência. No segundo capítulo, o foco se voltará para o centro de saúde no qual estive inserida, enquanto o terceiro capítulo terá como foco o ambiente doméstico, ou melhor, os lares. Não quero propor de forma alguma que esses ambientes não trazem consigo misturas, hibridismos um no outro, pelo contrário, creio que durante algumas passagens, ficará claro como o ambiente biomédico do início tem traços de aconchego e autonomia das pessoas adoecidas e também como, em seguida, o ambiente familiar possui elementos e o

discurso reinterpretado da biomedicina, com aparelhos para medir pressão, ensinamentos médicos ou de nutricionistas.

Aquilo que se vive se mistura e não há como separar tantas informações, não há como desconsiderar aquilo que vivi, assim como ali dentro do consultório as pessoas falam sobre os dilemas pessoais, como sobre o sentimento de perda que estão sentindo com o falecimento de parentes; dentro das casas elas falam sobre o adoecimento, mostram suas farmácias familiares e ainda explicam os usos dos medicamentos com muita exatidão, por exemplo, sabem as dosagens, pesquisam na internet ou na bula sobre possíveis condições adversas. Ou ainda, voltadas para a questão alimentar comentam sobre carboidratos que não devem ser comidos em excesso na mesa do almoço, e explicam como lidam com isso na prática, como “no dia que tem batata, não faço arroz”, por exemplo. Mais sobre essas compensações feitas no manejo da doença da “pressão alta” e “problema de pressão” surgirá no terceiro capítulo.

Esse capítulo, portanto, teve como objetivo esmiuçar a metodologia do trabalho de campo antropológico desenvolvido nos seguintes subtópicos: preparação, rotina em campo, personas em campo e organização. Além disso, apresentei melhor alguns ambientes dentro do centro de saúde estruturalmente, para que no capítulo seguinte, *Espaço biomédico, ou nem tanto*, a leitura fique mais clara e menos pesada.

CAPÍTULO 2

Espaço biomédico, ou nem tanto

1. Corredor de espera – “*Nossa até que enfim você chegou! Vai medir a pressão logo, senão não entra*”

Uma mulher que acabara de chegar, com um casaco grosso, parecia que tinha vindo caminhando, talvez até correndo, rapidamente entrou no corredor de espera, depois muitas amigas gritaram “Achei que não viria”, “Nossa, até que enfim você chegou!”, “Vai medir a pressão logo, senão não entra” e coisas do tipo. Fiquei imaginando o altíssimo número que sairia do esfigmomanômetro, e com que cara, ou melhor, com qual postura ela chegaria para consultar-se com o médico. Enfim, além dela, uma conversa conjunta de várias mulheres (quatro ou cinco) tinha se formado, mal tinha pausas entre as falas, pois logo que uma terminava outra vinha complementando, contando exemplo próprio, uma bagunça, ainda mais se compararmos com a plaquinha que fica pendurada logo em frente: uma enfermeira pedindo silêncio com o indicador em frente à boca. (Diário de Campo - 20/10/2014).

Normalmente, quando eu chegava ao posto, o corredor de espera já estava cheio de gente, pessoas sentadas, outras se deslocando, algumas no guichê pedindo informação, outras em pé no fim do corredor, próximo ao local de recolhimento do material biológico à espera da vez para tirar sangue, entre outros lugares. Todas essas movimentações aconteciam ainda cedo, às 7h30. Esse trecho do meu diário mostra que o grupo do HIPERDIA da semana já se conhecia, algumas pessoas sentiam falta de colegas que haviam visto meses atrás, ou de vizinhas/os que sabiam que se consultavam no mesmo dia. Sempre faziam menção a quem estava atrasada/o, deixando assim o clima repleto de nomes, mais do que isso, transformando aquele lugar de saúde em um ambiente mais familiar e aconchegante, repleto de memórias e vivências.

A espera da consulta com o médico, o corredor de espera dificilmente ficava em silêncio, como era requisitado na plaquinha da enfermeira, aviso que pode ser encontrado nos mais diversos centros de saúde do DF, talvez até do Brasil. Em alguns

momentos, ao contrário do protocolo, aquele ambiente virava uma “feira”, nas palavras do médico que às vezes se incomodava com o som que poderia atrapalhar a consulta.

Começo o capítulo nesse ambiente mais descontraído e menos formal do corredor, onde as pessoas pareciam falar sobre tudo um pouco. Contavam umas às outras sobre os remédios que tomavam, se tinham surtido efeitos positivos ou negativos; novas receitas e formas de se cozinhar que estavam ajudando a manter a forma, emagrecer; ou então, simplesmente atualizavam os dilemas familiares e profissionais com colegas de espera. Raras as vezes em que esse corredor ficou em silêncio, a não ser que estivesse se esvaziando, em torno das 9h30, 10h. O auge desse espaço era às 7h30, 8h com pacientes e acompanhantes aguardando as mais diversas filas de atendimento.

O corredor era um ambiente de movimentação, diferentemente dos consultórios ou salas de acolhimento ou coleta, esse espaço destinava-se ao momento “pré-consulta” e possibilitava falas que não seriam assistidas por profissionais da saúde. Tenho entendido esse ambiente como uma área “externa” do Centro de Saúde, onde as pessoas se encontravam e conversavam, muitas vezes o assunto principal era a doença, medicamento e alimentação, mas não necessariamente. As conversas podiam girar em torno de quaisquer temas, tanto que era difícil por vezes entender do que as pessoas falavam, era necessária uma escuta mais atenta para se entrosar no debate.

O corredor de espera era um espaço que possibilitava momentos menos rígidos para se falar sobre as festas, encontros de famílias e, conseqüentemente, sobre as comidas dentro desses contextos de sociabilidade. Nele as pessoas confidenciavam as dificuldades que tinham dentro de casa para seguir dietas prescritivas que eram enunciadas nos consultórios do clínico, de forma vaga, ou mesmo no consultório da nutricionista mais demoradamente. Como no trecho em que conversei com Dona Guiomar, logo depois da palestra da nutricionista no Centro de Saúde, segue:

Guiomar estava ao meu lado e foi muito simpática, logo falou que tinha problema de “pressão alta”. Começou a falar sobre o “sal” na comida e sobre suas receitas. Perguntei se havia gostado da palestra ao que me respondeu “Sim, às vezes a gente tem tudo em casa, só não sabe como usar” e logo após soltou bem baixinho “Pois é, o problema é que eu trabalho com isso, faço doces e salgados, é só (*o que faz mal para a pressão*) o que tem na minha casa”. Eu estava muito envolvida na conversa, no jeito dela de falar. E continuei perguntando, conversando. Comentei como devia ser difícil evitar com as coisas tão perto. Falou um

pouco ainda sobre a casa dela, quem a frequentava. Pelo que anotei, ela teve quatro filhos, sendo que apenas um é homem, família de nordestinos do Rio Grande do Norte. No total tem 10 netos e até 1 bisneto. Ela me contou de alguns almoços da casa dela, onde todo mundo vai e falou do refrigerante ser um item que nunca pode faltar, sempre buscam na padaria ou posto de gasolina para complementar a mesa. “Casa de nordestino é assim, tem panelada de arroz, feijão, mandioca, carne e ainda põe farinha”. Contou sobre uma receita com peixe que até me deu água na boca. “Faz grelhado, passa na farinha, depois no ovo, depois na farinha de rosca. Põe o molho e depois o queijo em cima. Imagina tudo que tem nisso, minha filha”, remetendo-se às calorias e gorduras, falando sobre as dificuldades de se fazer um almoço gostoso sem tais itens. Falou ainda sobre um tempero que usa que é parecido com sazón, mas é uma mistura de alho, pimenta e sal. Comentou sobre como torresmo é delicioso. (Diário de Campo - 02/09/2014).

Dona Guiomar não se conteve e não comentou apenas vagamente sobre sua condição de saúde com problema de “pressão alta” após minha pergunta, ou ainda sobre o que fazia em casa, ou mesmo sua profissão de salgadeira. Ela ainda foi além, falou sobre comidas que não deixava de ter em casa, por causa de familiares, como ficou claro no caso do refrigerante, comidas tradicionais que cozinhava na sua própria casa e que também não poderiam faltar como mandioca, feijão, carne e farinha, provavelmente ingredientes que remetem à sua infância e ao modo de cozinhar de mães e avós. Também deu uma receita de peixe frito, e no fim, ainda comentou de temperos prediletos usados no preparo das comidas, evidenciando que era ela quem detinha o “poder” na cozinha de casa, sabendo detalhes tão sutis e imprescindíveis como o tempero inicial, a mistura que é usado para refogar, usar pitadas, etc.

Portanto, vejo que o foco principal da conversa com Dona Guiomar girou em torno de dilemas que possui em casa, ou seja, na prática do dia-a-dia. O primeiro dilema dizia respeito à profissão que ela exercia, de salgadeira, conciliada ao fato de que ela possuía uma dieta prescritiva voltada para o cuidado com o problema de pressão. Conecto com um trecho de Adam e Herzlich (2001):

Se se deseja compreender realmente os saberes, representações e discursos que fazem sentido para a ação, será conveniente sempre reportá-los às necessidades cotidianas da vida das pessoas de um lado e, de outro lado, às características de suas relações sociais. Os elementos da estrutura social, bem como os

sistemas de valores e as referências culturais, também têm função. Cuidar da saúde e da alimentação, por exemplo, depende em grande parte de vários tipos de recursos e limitações, relacionados ao trabalho, à renda ou à vida familiar. Parar de beber ou fumar podem ser decisões individuais, baseadas em algum tipo de informação ou norma, mas é preciso, para se aquilatar a dificuldade envolvida, compreender suas implicações relacionais estabelecidas pela cultura do grupo a que pertence o indivíduo. (ADAM; HERZLICH, 2001, p.86)

O segundo dilema se referia à origem de D. Guiomar, ou seja, sobre a tradição nordestina e isso desembocava em dois pontos: o primeiro dizia respeito ao convívio social, ou seja, à família que frequentava a casa, principalmente aos finais de semana, quando a casa ficava “cheia” com filhos, netos e até mesmo bisneto. Exigindo, portanto, uma quantidade grande e farta de comida. O segundo tópico diz respeito ao tipo de comida que era servida, isto é, comidas que não eram recomendadas para o consumo de pessoas que convivem com problema de pressão.

Ainda havia um terceiro dilema que traz algo intrínseco a tudo isso, a própria memória e vivência culinária de D. Guiomar, quero dizer com isso que, por mais que ela frequentasse palestra de nutricionista e hipoteticamente deixasse de realizar eventos em casa para a grande família, diminuindo o consumo dessas comidas, ela continuaria sabendo diversas receitas de cor e salteado. Explícito, portanto, que muito mais do que “ter tudo em casa”, ela “tinha tudo na cabeça”, na memória, nas mãos, na prática. Saber cozinhar nesse caso poderia ser algo bom e ruim ao mesmo tempo, reforçando o contraste do saber viver.

Outros dois momentos em que questionei sobre comida no corredor de espera foram vivenciados de forma diferente, sendo que tiveram mais conexão com queixas sobre a dificuldade para administrar vontades e desejos por determinadas comidas com o problema de “pressão alta”. Assim, fica possível perceber porque não os utilizei, e sim evidenciei o trecho de D. Guiomar. Foi um momento muito rico que trouxe diversos questionamentos e é capaz de contextualizar um pouco do que pode ser dito dentro do centro de saúde, quando os/as profissionais de jaleco branco não estão por perto, como foi o caso de Dona Guiomar que abertamente falou sobre sua profissão, cotidiano em casa e ainda me deu uma receita bem calórica, sem se importar com o contexto em que estava inserida, se é que seria julgada ou não por dizer tais coisas.

2. Consultório médico – “*E a dieta? Evitando sal, gordura e fritura?*”

No início do trabalho de campo, foi difícil reparar o ritual do médico para avançar com as consultas, pois tudo parecia muito rápido, em média uma consulta demorava de cinco a oito minutos, eu assisti a cinco no primeiro dia. Mas, ao longo do tempo, pude perceber melhor como se desenrolava, que pode ser descrita da seguinte forma:

1. Médico chama a/o paciente (na primeira consulta). Se for a segunda consulta ou demais, o/a paciente anterior chama o/a seguinte.
2. Médico pergunta como vai a pessoa, e dependendo se a pessoa tem outra queixa que não a pressão, ele logo pode retomar o assunto falando os números da pressão da pessoa, por exemplo 12 por 9.
3. Médico faz uso do sistema de prontuários digitais para visualizar a última consulta com a pessoa, reparar queixas anteriores e perguntar se foram sanadas; ou ainda ele pode analisar um exame de sangue, vai enunciando cada número e constatando em voz alta se aquele índice é bom ou não, como o do colesterol, sempre fala o valor normal em uma pessoa daquele sexo e idade e em seguida expressa o número do paciente em questão, definindo ali, com aquele número se a pessoa se encontra bem ou mal de saúde.
4. Médico faz uma espécie de questionário para o/a paciente, querendo saber de que forma toma os remédios, em média, cada pessoa toma remédios para doenças como pressão alto, outro para colesterol, outros para doenças como gota, labirintite, gastrite, osteoporose. Pode variar a quantidade total de remédios tomados por dia, algumas pessoas tomam três remédios apenas para a pressão, por exemplo.
5. Médico pergunta pela dieta da pessoa, de forma bastante usual já acrescenta: “evitando sal, gordura e fritura? ”; ou então “fechando a boca? ”, ou ainda querendo saber se extrapolou no final de semana, se comeu fora, etc.
6. Médico pergunta sobre as atividades físicas, e dessa forma, termina o que ele chamava de “cadeira de três pés” - remédio, dieta alimentar e exercício físico - que compõe os cuidados para controle da hipertensão arterial sistêmica (HAS).
7. Médico reescreve a receita, adicionando, alterando ou removendo remédios prescritos anteriormente; escreve também quaisquer outros papéis, como

encaminhamentos para outras especialidades de médicos ou nutricionista/acupunturista de outros hospitais ou do próprio centro de saúde.

8. Finaliza a consulta se despedindo e pedindo para chamar o/a próximo/a paciente que aguarda no banco do corredor de espera.

Essa enumeração foi apenas uma tentativa de ordenamento de uma consulta, não necessariamente todos esses tópicos eram abordados, assim como a própria sequência não era fixa, apenas delineei um modelo de algumas consultas que presenciei, transcritas em diários de campo meus, e outras que tive oportunidade de ler dos diários de campo do meu e das minhas colegas. Isso foi apenas um esforço que tive para vislumbrar melhor os diferentes momentos de uma consulta que, antes, me eram tão estranhos em um primeiro momento do trabalho de campo e, ao longo do tempo, foram se naturalizado. Estranhos porque eu apenas havia escutado as minhas próprias consultas como paciente; e também naturalizados pelo fato de ter assistido repetidas vezes consultas antes de me atentar por quais perguntas e momentos ela perpassava rotineiramente.

O desenrolar da consulta pode ocorrer de várias formas, dependendo do grau de intimidade do médico com a/o paciente e também de acordo com a postura da pessoa em relação aos cuidados com a saúde, isto é, se a pessoa estiver se cuidando, isto é, seguindo aquilo que é proposto no “*Caderno de Atenção à Saúde*” voltado para a hipertensão arterial sistêmica”. Basicamente, “há duas abordagens terapêuticas para a hipertensão arterial: o tratamento baseado em modificações do estilo de vida (MEV: perda de peso, incentivo às atividades físicas, alimentação saudável, etc.) e o tratamento medicamentoso” (BRASIL, 2006, p.23). Provavelmente, estas recomendações serão atendidas diferentemente de uma pessoa que não toma medicação corretamente, se alimenta mal e não faz exercício física.

Pretendo fazer um pequeno rearranjo dos dados que obtive nas consultas e, a partir de diversos momentos vividos, inclusive por diferentes pesquisadores, montar uma história fictícia, mas que poderia ter acontecido, como um filme que remonta passado, presente e até um futuro possíveis. O que proponho chama-se etnoficção, para tanto, em primeiro lugar, todos os dados utilizados para reescrever essas consultas foram retirados de momentos do trabalho de campo, portanto, são frutos da etnografia;

assim como, em segundo lugar, todo o arranjo que fiz remontou uma lógica buscando colocar em foco a “comida”, gerando então uma narrativa em parte ficcional.

Optei por dois arranjos, o primeiro reescreve uma consulta do médico com um paciente e o segundo do médico com uma paciente, achei que por haver dessemelhanças era necessário retratar particularidades do gênero. Há um texto da Margareth Rago, historiadora estudiosa de gênero, “Descobrimo historicamente o gênero” (1998), onde ela explica um pouco sobre a entrada das mulheres na academia como estudiosas e pesquisadoras construindo um espaço e o papel importantíssimo que o olhar diferenciado feminino trouxe para diversos temas de pesquisas. Ela mostra como a própria categoria de gênero surgiu e possibilitou pensar em diversas dimensões, indo muito além da dimensão sexual para abranger subjetividades femininas, inclusive das práticas cotidianas, como é o caso ao se falar de cozinhas e comidas:

Na área dos estudos feministas, a convergência das problematizações é evidente, muito embora a preocupação central, neste caso, seja a de questionar a dominação masculina constitutiva das práticas discursivas e não discursivas, das formas de interpretação do mundo dadas como únicas e verdadeiras. As mulheres reivindicam a construção de uma nova linguagem, que revele a marca específica do olhar e da experiência cultural e historicamente constituída de si mesmas. Mais do que a inclusão das mulheres no discurso histórico, trata-se, então, de encontrar as categorias adequadas para conhecer os mundos femininos, para falar das práticas das mulheres no passado e no presente e para propor novas possíveis interpretações inimagináveis na ótica masculina. A categoria do gênero permitiu, portanto, sexualizar as experiências humanas, fazendo com que nos déssemos conta de que trabalhávamos com uma narrativa extremamente dessexualizadora, pois embora reconheçamos que o sexo faz parte constitutiva de nossas experiências, raramente este é incorporado enquanto dimensão analítica. É claro que não estou me referindo apenas à importância dos estudos da sexualidade, como a história do amor, das práticas sexuais, da prostituição ou da homossexualidade. Muito mais do que isto, penso na dimensão sexual que constitui nossa subjetividade e que habita nossas práticas cotidianas, muito além das relações especificamente sexuais, como as entendemos. (RAGO, 1998, p.92)

Vejo as consultas que pude participar, e outras que foram assistidas por colegas, como sendo momentos únicos, mas que poderiam ter sido delineados das formas mais

diversas e infinitas possíveis. Nesses híbridos refiz outras possibilidades de consultas, pois extrapolaram o real e construíram mesmo assim algo que não foge desse possível real. Nessas duas estórias, fico com a impressão de que esses encontros entre médico e pacientes poderia ter se desenrolado dessa maneira e por que não assumir que em alguma ocasião não o foram ou não o serão? Enfim, a primeira remonta uma consulta com homens, depois tive a oportunidade de conhecer dois deles em suas casas. A segunda consulta foi uma junção maior, optei por usar mais trechos observados. “M” corresponderá ao Médico, enquanto “P” à pessoa que se consulta.

Consulta com um homem:

M: [Médico volta-se para pesquisadores] Este paciente que vai entrar se consultou pela última vez em maio, ele não faz a dieta e está sempre com a “pressão alta”. Já troquei a medicação dele na última consulta, pois a pressão estava 17 por 10, mas segunda-feira é difícil saber como está ao certo a pressão dos pacientes, pois no final de semana eles costumam beber cerveja e comer churrasco. [O paciente tinha estatura mediana, era negro e usava blusa de gola listrada de preto e branco, além de óculos. Entra e logo se senta]. Bom dia. [Médico explica que o sistema está fora do ar e pergunta quais remédios toma]

P: Ah, deixa eu pegar a receita aqui para ver, aqui está doutor. – E tira um papel de dentro de uma pasta azul, bem organizada.

M: Essa receita é da sua mulher, da Dona Eustáquia.

P: Ah, entreguei a errada, a minha é essa.

M: Losartana de manhã, Natralix, e depois o Natralix de novo a noite?

P: Isso.

M: Como está se sentindo? Como está a mulher?

P: Bem mesmo eu não estou, minha mulher manda eu fechar a boca.

M: Ela está certa.

P: Mas eu queria mesmo era ir para o Piauí, comer carne de bode.

M: E aqui não tem não?

P: Tem sim, mas é caro, a gente encontra na feira, tem um amigo meu que vende por lá.

M: Mas tem que evitar gordura, fritura e sal.

P: Não como fritura, sei como é. Mas deixa eu perguntar, o remédio do colesterol, tem que tomar todos os dias igual ao da pressão?

M: Sim, igual ao da pressão, porque se não, volta a subir. E os exames tem feito?

P: Sim, é só esse do colesterol que está alto.

M: Então tem que fazer a dieta, muita. Como a sua mulher cozinha?

P: Ela capricha demais, me manda fechar a boca, tem hora que um está gordo e o outro está magro. Mas a gente sempre tem cuidado com o sal e açúcar é só no café.

M: Dieta eu só falo verbalmente, mas se o senhor quiser, posso te encaminhar para nutricionista pelo seu bom comportamento...

P: Não precisa doutor, aquela moça lá mal sabe cuidar dela mesma, olha o tamanho dela. Eu já mudei minha alimentação, agora de noite eu tomo só sopa, vou dormir mais leve e acordo mais disposto.

M: Mas o senhor está mudado, antes comia besteira demais.

P: Pois é, mas aí a mulher ficou em cima, minha irmã também foi me visitar, aí já viu... tive que mudar.

M: Isso mesmo! Que bom que a mulher está cuidando da comida agora, menos mal.

P: É, tem dia que eu como eu restaurante também, mas é balanceada, não como nada que possa me prejudicar.

M: [Médico entrega a nova receita para o paciente, despede-se e pede para chamar a próxima paciente] Chame a Dona Raimunda, por favor. Até mais.

Nessa consulta fica claro que o médico possui um roteiro específico e lidera a consulta, apenas em pontuais momentos é que o paciente consegue brechas para tirar suas dúvidas. Algo que fica marcante é a respeito da fala do médico sobre comida, isto é, em um primeiro momento passa apenas uma recomendação que considero “básica” de evitar gordura, fritura e sal e, somente após saber de um índice específico desregulado é que exige uma dieta mais rigorosa para o paciente, a seguir, enuncia determinadas proibições ou restrições específicas. Ou seja, prescreve apenas negativas ou “nãos”. Logo após salientar alimentos proibidos e hábitos cabíveis de mudança, o médico então deixa a cargo do paciente uma tarefa muito importante para ser levada para casa: mudança de hábitos. Tal tarefa fica absolutamente sem perspectivas do que de fato deve ser ingerido e o que pode melhorar o estado de saúde, já que todo esse contexto se passa em apenas alguns curtos minutos.

Consulta com uma mulher:

M: Bom dia, tudo bem?

P: Oi, doutor. [A paciente era uma senhora negra, baixa e um pouco acima do peso, parecia ter acabado de tomar banho, com cabelo um pouco molhados, usava um vestido florido e bolsa de couro. Logo foi interrompida pelo médico]

M: E essa pressão sua que não abaixa? Está faltando remédio?

P: Pois é. É essa consulta que é de seis em seis meses e a receita só vale durante quatro meses, daí não ajuda.

M: E a dieta, está evitando sal, gordura e fritura?

P: Ah, antes eu não conseguia, mas eu mudei.

M: Muito bem, está fazendo comida como?

P: A minha agora é sempre sem sal, insossa de tudo. É a mesma para todo mundo, tirei bem o sal, faço uma panela só. Meu marido e minha filha que moram comigo já acostumaram, sabe. Mas tenho um filho que mora longe e sempre que vai comer lá em casa reclama da minha comida, diz que fica até doce.

M: E o óleo, qual a senhora compra?

P: Qualquer um, vou no mercado e compro o da promoção.

M: Não pode, tem que ser o de canola, milho ou girassol. A senhora teria que mudar a alimentação, ou então fazer atividade física. Mas o ideal mesmo seria se fizesse os dois.

P: É complicado. Trabalho muito, chego tarde do serviço e ainda tem que arrumar a casa.

M: Se a senhora conseguisse perder peso, diminuiria um remédio e controlaria a pressão. A senhora já está tomando três remédios para pressão Natralix, propranolol e hidapamida. O paciente hipertenso que não controla a pressão vive na beira do penhasco... E a senhora não é alpinista.

P: [Paciente então olha para baixo, entristecida]. É, pode cair né... Eu mesma entrei na linha depois do infarto do meu marido.

M: Pois bem, a senhora tem o exemplo em casa agora.

P: É, antes gostava muito de comer churrasco, mas não faço mais isso. Eu também já trabalhei muito tempo em restaurante e sempre beliscava comida para ver se estava bom, né.

M: Isso é um perigo, experimentar tudo... E refrigerante a senhora toma?

P: Só às vezes, em festa.

M: Não pode, tem que evitar. Estou vendo aqui que seu colesterol está alto, tem que reduzir a massa, parar de comer arroz.

P: Ah, não doutor, meu arroz não.

M: A senhora é do Maranhão?

P: Sou! Não passo sem meu arroz.

M: No Maranhão até hoje fazem o arroz com aquela banha de porco que fica guardada na lata, né?

P: É assim mesmo, me lembro bem dessas latas. Eu gostava era de comida forte, mas agora mudei. O senhor tirou o que eu mais gostava, né, doutor? A carne vermelha. Frango eu não como mais, tomei abuso.

M: É isso mesmo, tem que mudar. Me fale o endereço para eu pôr na receita. [Escreve em receituário e devolve para a paciente]. Ok, aqui está, até mais ver. Pode chamar o próximo paciente, Seu Alfredo.

Nessa outra consulta, fica também evidente o ritmo do médico, mas já fica possível escutar levemente melhor a voz dessa usuária do SUS. Personagens como ela, que tentam participar e se colocar diante do médico sem tantos pormenores, eram também presentes nos consultórios, mas menos recorrentes. Aqui nessa consulta também fica evidente que algo muito prezado para o manejo correto do “problema de pressão” é a mudança da forma de comer e do que se come. Isso pode ainda ser extrapolado, porque quando o médico fala “tem que mudar” fica implícito o que deve ser alterado, isto é, se é apenas a alimentação ou então algo a mais: a própria rotina da vida.

2.1 Entrelinhas da consulta: a mudança

Algumas semelhanças podem ser percebidas durante as consultas, isto é, características que delimitam “um bom e um mau paciente”, ou uma “boa e uma má paciente” na perspectiva do médico. Uma “boa paciente” seria aquela que tem a pressão controlada e mais, segue com exatidão as recomendações médicas, ou seja, compra, cozinha e come comidas com pouco sal e sem gordura e fritura; faz atividade física regularmente, seja uma caminhada por exemplo; e por último, toma a medicação corretamente, isto é, sem “falhar” os dias. Esses três pontos de dieta, remédio e atividade física compõe o tripé, ou “cadeira de três pés”, como era dito pelo médico, prática tão cara para o cuidado da hipertensão arterial.

E o que fica evidente, o que salta aos olhos nas duas consultas? O que é pedido dessas pessoas que carregam em seus corpos essa doença de longa duração há tantos anos? É salientada a importância da mudança, da transformação. Pergunto-me se essa mudança se refere apenas a uma dieta, evitando alimentos gordurosos e salgados, e deparo-me com um pedido de ordem muito diferente, ou seja, vai muito além, exige uma mudança de hábitos, tradição. Envolve memórias, emoção, corpo e alma. Tem a ver com os modos de se fazer compras, de se fazer comidas, de se servir refeições, de se juntar a mesa, e de sentir os efeitos daquela comida em seus corpos.

Ao falar sobre transformação, rapidamente lembro-me de Sahlins em seu livro “Metáforas históricas e realidades míticas”, onde expõe que houve uma completa transformação da forma de viver entre os havaianos e os europeus e inclusive nas relações após o contato com o Capitão Cook europeu e com a sua perceptível semelhança com o Deus Lono havaiano.

Nessa estrutura da prática, então, as próprias relações são colocadas em xeque, e não apenas essa ou aquela categoria cultural. A integração diferencial de homens e mulheres ou de chefes e pessoas do povo com o poder europeu afetou as percepções e condutas de uns em relação aos outros. Ênfase que é isso que torna a transformação verdadeiramente radical: algo mais do que uma simples alteração de conteúdos ou uma permutação dos valores, permanecendo o sistema, de resto, o mesmo. (SAHLINS, 2008, p. 134)

Aqui, no trabalho, percebo que a relação entre médico e paciente alteram drasticamente as relações entre esses dois sujeitos e as práticas cotidianas de cada um. Mudança, transformação eram referências recorrentes escutadas ao se falar sobre dietas. Mudar uma dieta e mudar um estilo de vida eram muito ensinados e salientados pelo médico e essas transformações eram sempre lembradas pelos/as pacientes. Falar que “tinha mudado” era o sinal de que estava se importando com aquilo e procurando qualidade de vida, bem-estar físico. Falar sobre alterações no cardápio significaria dizer automaticamente que havia acontecido alterações na vida daquelas pessoas.

Por vezes, o médico também parecia não querer ser tão impositivo, parecia compreender algumas manutenções de ingredientes pelas pessoas. Mas também demonstrou em alguns momentos, talvez pela rapidez em que a consulta era travada, não se importar muito em como essas alterações seriam feitas e em quais prejuízos poderiam acarretar, ou mesmo os percalços da escolha de alterar uma dieta o que

poderia influenciar todo o núcleo familiar, inclusive na renda familiar. Uma dupla que também pesquisa a “pressão alta” em Manaus explica:

A desvalorização do conhecimento das condições de vida dos usuários e suas repercussões no tratamento representaram entraves para a adequada abordagem dos agravos controlados pelo HIPERDIA. Essas variáveis implicavam negativamente no uso regular de medicamentos pelos pacientes que moram em locais distantes da unidade cujos limites de acesso dificultavam o retorno às consultas. Os pesquisadores também observaram dificuldades no seguimento das dietas prescritas, seja pela falta de poder aquisitivo para adquirir os alimentos recomendados ou pelo significado simbólico e afetivo da partilha de refeições em família prejudicada pelo rigor de uma dieta “sem graça”. Tais contextos eram ignorados pelos profissionais que atribuíam os problemas nessa esfera, exclusivamente, à falta de compromisso dos doentes com o tratamento. (SOUZA; GARNELO, 2008, S96)

Outra esfera que deve ser problematizada liga-se ao fato de que muito embora haja uma desvalorização do conhecimento das condições de vida dos/as usuários/as pela equipe de saúde, também existe um problema grave nas condições de trabalho desses profissionais. Tanto por parte de planos nacionais e cartilhas que não são sensíveis a demandas individuais, e também a uma falha nas metas exigidas, visando sempre produtividade e quantidades, ao invés de qualidade de atendimento; além de erros eventuais sobre mal planejamento dos gastos, como quando houve uma falha por parte da Secretaria de Saúde do Governo do Distrito Federal que deixou de efetuar pagamentos de servidores e também de plataformas essenciais para o bom funcionamento de máquinas e sistemas, como aqueles em que é possível visualizar os prontuários eletrônicos de cada paciente, debilitando o cuidado com a saúde de usuários e usuárias do SUS.

Outro quesito a se considerar enuncia a alta procura desses ambientes da saúde pública e das falhas que existem para propiciar atendimento a todos/as em nível de quantidade. Ou seja, mesmo com o foco do governo de efetuar programas para todos, o que já leva a algumas falhas culturais das metas propostas, nem mesmo esse objetivo é alcançado. Tudo isso evidencia que existem falhas estruturais nos atendimentos e prestações de serviços de saúde ao redor do DF e isso me induz a pensar em consequências ruins para o trabalho de profissionais de saúde, desmotivando-os; e

também aos/às usuários/as do SUS, impossibilitando o controle e tratamento de enfermidades.

Infelizmente, um estímulo muito encontrado para as pessoas realizarem alterações na prática era quando percebiam algum familiar com sequela de derrame (Acidente Vascular Cerebral) ou mesmo de um infarto (ataque cardíaco), com certeza era um motivo mais drástico para se alterar uma rotina, um hábito. Mas as transformações nesse caso, caminhavam e ultrapassavam a cotidiana reprodução das práticas relacionadas entre outras coisas com a comida, realmente alterando formas de se sentar à mesa, formas de se temperar alimentos etc. No caso, as pessoas transformam aos poucos a maneira como cozinham e aos poucos o médico também percebe cada vez mais as realidades ali presentes para fazer diagnósticos e exames mais adequados e funcionais, recomendando práticas que podem caminhar juntamente com o ritmo de determinadas jornadas de vida.

Assim, em geral, as circunstâncias mundanas da ação humana não obrigatoriamente se conformam às categorias por meio das quais certas pessoas as percebem. No evento, as circunstâncias não se conformam, as categorias recebidas são potencialmente revaloradas na prática, redefinidas funcionalmente. De acordo com o lugar da categoria recebida no interior do sistema cultural tal como constituído, e conforme os interesses afetados, o próprio sistema é mais ou menos alterado. No extremo, o que começou como reprodução termina como transformação. (SAHLINS, 2008, p. 125)

2.2 Voz do médico acima das vozes dos pacientes

Depois de um tempo escutando muitas consultas, o médico ganhou mais liberdade e se fazia muito didático para as/os pesquisadoras/es que estavam assistindo a consulta. Evidenciei isso no trecho da consulta com um homem, logo no início, antes mesmo do paciente entrar, ele enuncia que o paciente não se alimentava adequadamente e a pressão simplesmente se mantinha alta por essa razão. Isto de certa forma nos deixava a par do estado de saúde daquele paciente, mas era uma visão unilateral da história, novamente a voz do médico era a mais forte, pesava e ficávamos sem saber a realidade vivenciada no cotidiano daquela pessoa que ali estava a se consultar.

Não fazer a dieta sugeria que o médico encontrasse outra base no “tripé” para manter o equilíbrio da saúde do paciente. Alterar o medicamento era algo costumeiro no consultório médico, fosse por causa de um aumento na pressão constante que persistia durante diversas consultas; ou mesmo por queixas dos pacientes sobre efeitos colaterais de determinados medicamentos; ou ainda pela falta de medicamento na farmácia do posto de saúde; paciente que não se alimentava corretamente; paciente que não fazia exercícios regularmente. Enfim, uma diversidade de motivos.

É costumeiro para o médico alterar a medicação, mas alterar a alimentação já não é de domínio dele, muito pelo contrário, é algo que coloca a responsabilidade completamente no/a paciente. Foram raros os casos em que vimos o médico encaminhar para um especialista, no caso, para a nutricionista, isso pode se dar por diversos motivos, um deles é realmente a oferta reduzida desse serviço que é presente no próprio centro de saúde. Portanto, um médico não pode enviar todas as pessoas que percebe que precisam de um olhar atencioso para a dieta, tem que calcular bem e, eventualmente, pode deixar passar ou adiar alguns núcleos familiares importantes.

É importante lembrar sempre que o tempo é um elemento muito importante para o convívio com a doença sem cura, todo e qualquer cuidado ou descuido a curto prazo pode ter benefícios e também malefícios a longo prazo, um exemplo que tive oportunidade de conhecer, inclusive, foi a Dona Ana Divina que, como diria Batista (2014), teve um derrame que “pegou” na cabeça. Ela se queixou de que, certa feita, estava a tomar banho e ao lavar a cabeça sentiu um vazio, um oco na região afetada pelo derrame. Portanto, a hipertensão pode causar prejuízos muito marcantes nas vidas das pessoas se mal controlada e sequelas podem ser sentidas nas mais diferenciadas situações do dia-a-dia.

Além disso, dentro do consultório, muitas palavras de ordem vindas do médico eram percebidas, entre elas as mais comuns ao se falar de dietas e comidas era “evitar” alimentos específicos e “fechar a boca” para comidas que outrora faziam parte do cardápio regular da família, como o sempre presente arroz e feijão. Palavras fortes que conferiam às próprias pessoas a coordenar suas refeições. E os inclinava a alterarem e compensarem suas alimentações de formas distintas, muitas vezes passando por cima de dilemas muito maiores dentro de casa.

Outro evento muito recorrente era quando o médico acreditava ou desacreditava nas pessoas logo após conferir seus números obtidos através de exames de sangue. Alguns dos que saltavam aos olhos do clínico era o índice do colesterol, triglicérido ou ainda da glicemia. Acontecia da seguinte forma, mesmo que a pessoa falasse que haviam alterado a forma como se alimentava, por exemplo, ou ainda que estava fazendo atividade física regularmente, se o número não correspondesse a expectativa médica, ou seja, se não estivesse dentro de um limite considerado normal para determinada idade e gênero, como consequência a pessoa provavelmente seria desacreditada. Obviamente, esse era um dos mecanismos do médico para avaliar o bem-estar daquela pessoa que ali se consultava, mas o que impressionava era que muitas vezes aquele simples número em discordância com o relato pessoal e oral distanciava e balançava a confiança entre aqueles dois sujeitos presentes.

2.3 Gênero

A mulher mesmo sem estar presente dentro do consultório médico aparece durante as consultas ao se falar sobre comida, a todo o instante o prestígio ou a culpa recaem sobre elas. Isto é, ao mesmo tempo que era privilégio cozinhar e ser respeitada como a pessoa que cozinava, muitas vezes as mulheres eram culpabilizadas por conta das refeições que preparavam em casa e que podem eventualmente causar mal-estar no restante da família, seja o marido, a filha ou netos etc.

As mulheres eram apontadas como as principais responsáveis pela alimentação, e esse olhar é reforçado no consultório médico repetidas vezes. De 175 consultas assistidas, 65 trataram sobre comida, dieta, nutricionista, ou outro assunto que envolvesse alimentação um pouco mais a fundo, além do básico e sempre recorrente “e a dieta?”, perguntado pelo clínico médico. E desse universo de 65 perguntas, em 10 o médico e/ou paciente deram referência à comida como local das mulheres de domínio e responsabilidade. Se isso por um lado pode parecer positivo porque mostra como a mulher possui um local de fala e de direito, pois fortalece a forma de cozinhar como bem entender e quiser; por outro, reforça um estigma do machismo em que os homens não fazem tais serviços e colocam esse tipo de função de provedora da comida como inferior a outras funções como de provedor financeiro da casa, por exemplo.

Uma queixa do médico era sobre idosos/as que não estavam acompanhados/as e deveriam estar. Isso fazia com que a consulta ficasse incompleta, a própria indicação de um medicamento era feita de forma lenta e mais pausada para transmitir a informação corretamente com a intenção de minimizar possíveis confusões na farmácia ou mesmo em casa no dia-a-dia com o cuidado das três bases do tripé. Mas isso era apenas um detalhe, dos muitos detalhes que uma consulta contém, e isso exige atenção e muito cuidado para ser aplicado. Na pesquisa de Souza e Garnelo, a questão da alimentação foi retratada em consonância com aquilo que acontece no posto:

Identificou-se, ainda, um importante erro de foco nas prescrições dietéticas, pois a recomendação de restrição de sal, de açúcar e de gordura era dirigida aos idosos, mas a pesquisa evidenciou que as jovens mulheres das famílias, pouco ou nada sensibilizadas para a importância da dieta, costumavam ser as encarregadas do preparo das refeições. Nessas circunstâncias, a retórica da equipe de saúde era desperdiçada com o idoso destituído de poder de decisão sobre as formas de preparo da comida. Conselhos e informações técnicas não alcançavam aquelas que poderiam contribuir para a redução do risco de complicação da hipertensão arterial e diabetes mellitus. (SOUZA; GARNELO, 2008, S96)

Com isso, fica claro que para Souza e Garnelo parte desse erro era provindo da falta de sensibilidade da equipe de saúde que possui um posicionamento de orientação hierárquico forte e presente sobre essas pessoas. Falta de sensibilidade basicamente pelo, como também enunciam: “desconhecimento dos hábitos alimentares da população” (2008, p. 97). E ainda mais, por ser “deficiente a capacidade de escuta dos profissionais em relação às queixas e/ou problemas trazidos pelos pacientes sobre aspectos não biomédicos, mas intervenientes na dieta” (SOUZA e GARNELO, 2008, p. 97). No caso em que estive presente, alguns profissionais realmente pareciam se sensibilizar até por terem proximidade na questão da naturalidade com aqueles pacientes, mas de o fato a escuta parecia ser em parte seletiva.

Essa deficiência da escuta de profissionais da saúde pode ter como causa a questão do curto espaço de tempo durante as consultas para tratarem tantos dilemas que são trazidos de uma só vez sobre um assunto tão delicado que é a saúde de outrem. Ainda pode ter repercussões voltadas para outra questão na qual aqueles considerados “maus pacientes” podem vir a receber tratamentos distintos se compararmos com o

“bom paciente”. Enfim, não posso determinar todas as possíveis causas dessa insuficiência no trato da alimentação dentro do consultório, apenas enunciei alguns dados que observei em campo.

Uma solução seria convidar essas mulheres jovens para as consultas dos familiares para os quais cozinham, incluindo-as no itinerário terapêutico dessas pessoas. Há falhas de orientação do que é alimento saudável e como adquiri-lo, às vezes são perpassadas orientações muito superficiais e ainda não há uma indicação de quais alimentos poderiam, por exemplo, ser benéficos para cada caso vendo a totalidade de restrições alimentares de cada pessoa, para tanto, realmente me parece imprescindível o trabalho de nutricionistas sensíveis aos alimentos consumidos habitualmente pelas pessoas. Para tanto, é necessário,

Enfim, considerar a não passividade do adoecido diante da enfermidade e das recomendações terapêuticas, bem como a existência da multiplicidade de influências que moldam a experiência da enfermidade, constitui desafio necessário que se coloca aos profissionais de saúde, de modo que a formulação e a implementação das intervenções sejam sensíveis e ofereçam alternativas coerentes com as especificidades socioculturais e contextuais dos diferentes grupos sociais, encarnadas numa biografia singular. (BARSAGLINI, 2008, p. 574)

Durante o meu trabalho de campo, algumas pessoas com idade mais avançada eram acompanhadas nas consultas, e só assim percebia que o médico realmente parecia satisfeito e contemplado para fazer explicações mais cuidadosas e perguntar sobre o dia-a-dia de seus e suas pacientes mais velhos (acima de 70 anos). De um total de 159 consultas assistidas, 16 consultas tiveram a participação de acompanhantes, resultando em aproximadamente apenas 10% desse universo, 8 mulheres e 8 homens foram acompanhados, mas quanto ao sexo dos/das acompanhantes, há um desequilíbrio, sendo que dois eram homens e 14 eram mulheres. Isso corrobora um argumento simples de que as mulheres são naturalmente deixadas com essa função, seja ela filha, neta, irmã ou mesmo uma pessoa contratada pela família. Haveria, portanto, mais chance de o médico falar de alimento e cozinha com elas, e isso não foi feito a meu ver com a importância e suficiente.

Assim, mais uma vez a mulher fica com a carga da responsabilidade, no cuidado diário tanto para ajudar a pessoa a se deslocar e comparecer a uma consulta médica, quanto no preparo de todas as refeições. Talvez um pouco do enfoque que o médico dava durante as consultas almejava atingir esse público, almejava que as mensagens fossem transmitidas para as pessoas que realmente cozinhavam, mas, infelizmente, não parecia suficiente. É papel praticamente feminino ser cuidadora e isso deve ser evidenciado, reconhecido e prestigiado pelas equipes médicas de saúde, isso pode ser feito com a criação de propostas mais específicas para realmente atingir esse determinado grupo.

2.4 Tradição e comida

A comida possui ainda outros elementos simbólicos. Contém em si “as tradições familiares que tocam o imaginário afetivo de cada indivíduo” (Belluzzo, 2006, p. 185). A autora comenta sobre a preservação da identidade da cozinha regional brasileira e alimentação saudável: “devemos preparar uma dieta saudável e equilibrada, sem modificar a essência das receitas regionais” e mais, que “a tendência das receitas tradicionais é passar por um processo evolutivo” (2006, p.186). Pois bem, de que forma esse processo se dá, ainda mais ao pensarmos em uma convivência de famílias com pessoas com doenças crônicas como os “problemas de pressão”?

Muitas foram as comidas tradicionais de algumas regiões que foram enunciadas durante as consultas. Entre elas, nordestinos falavam muito de carne de bode, carne de ovelha e, é claro, a farinha; enquanto os mineiros falavam do queijo e do tão querido e apreciado pão de queijo. Houve também o óleo de babaçu, galinhada, carne de arribaçã, rapadura, carne de porco, enfim, uma diversidade de comidas que às vezes dava água na boca às 10h da manhã.

Interessante também foi me deparar com consultas em que o médico, que era de origem nordestina, soubesse reconhecer as origens de alguns/algumas de seus/suas pacientes, como foi o caso da consulta acima descrita, onde ele logo percebe um traço de Maranhão, apenas por causa da fixação com o arroz. Raul Lody nos explica a “fama” de alguns alimentos na extensão desse grande Brasil em seu livro “Brasil bom de boca”:

Aliás, o arroz é o prato principal do maranhense, um verdadeiro “papa-arroz”, com também chamam o potiguar, o que nasce no Rio Grande do Norte, de papa-jerimum (jerimum é abóbora), ou o que nasce no Estado do Rio de Janeiro de “papa-goiaba”. Certamente, tais designações vêm de histórias e fatos que comprovam o consumo e o hábito desses alimentos pelas populações. (LODY, 2008, p.60)

O Churrasco pode vir a ser uma comida tradicional na região sul do Brasil, mas é uma prática recorrente em todo o país. Justamente por isso, a segunda-feira era considerada pelo médico como um dia ruim para o grupo do HIPERDIA, tudo isso por conta do final de semana e festividades. O médico sempre criticava o dia em que os encontros com os/as pacientes aconteciam, logo após o domingo. Eram também diversas as “confissões” desses/as usuários/as do SUS sobre o domingo ter sido um dia que extrapolou na carne, na massa, na bebida. Tudo aquilo que deveria ser evitado acontecia durante o final de semana, e não haveria tempo para que a pressão se rearranjasse com remédios.

Enquanto um prato de sociabilidade, o churrasco serve de pretexto para uma reunião em grupo, desde uma reunião familiar no almoço do domingo até uma grande comemoração, como um casamento. Assim, os grupos de comensais podem ser os mais variados: uma família, um grupo de amigos, um grupo de colegas de trabalho, paroquianos, associados, partidários e outros, mas, de qualquer forma, pessoas que possuem uma relação em comum. (MACIEL, 2007, p.110)

Esse evento que normalmente tende a acontecer durante o final de semana é um espaço muito importante de descontração e reunião familiar e fica, portanto, com sentimentos duais. De um lado o prazer de estar bem acompanhado, com todo o núcleo familiar e boas comidas e, de outro, a preocupação não só do médico, como também dos/das usuários/as do SUS. Afinal, no dia seguinte poderiam ter consulta e o índice da pressão poderia não ser favorável ou bem recebido naquele ambiente, essa numeração poderia, como mostrei acima, evidenciar uma falta de compromisso e falta de responsabilidade com o cuidado da doença perante o médico, figura tão admirada pelos/as pacientes.

2.5 Outras queixas

Falhar o remédio seria um absurdo, porque isso também foi muito retratado durante o consultório médico, como as pessoas por vezes tomam o medicamento apenas quando sentem algum tipo de mal-estar relacionado ao problema de “pressão alta”, fosse ela uma dor na nuca, dor de cabeça, tontura, etc. O médico frisou nessas ocasiões como era imprescindível tomá-lo regularmente pois funciona com continuidade, com efeito durando 24h, ou seja, o remédio do dia anterior interfere no dia seguinte. A boa paciente ou o bom paciente sabem que o remédio da pressão é todo o dia e ao afirmar isso no trecho dos homens, quando o paciente toma como referência esse remédio habitual para se ajustar a novas medicações é um exemplo de “bom comportamento” muito bem aceito pelo médico. Pois traz como base o cuidado que já mantém diariamente com a medicação da pressão.

Outra coisa que pode e deve ser evidenciada é sobre as queixas quanto aos maus serviços. Apontar as falhas do centro de saúde no atendimento demorado dos pacientes, na falta de cuidado para montar as filas de marcação de consulta, por exemplo, é um ato de muita coragem e prova como o SUS possui falhas que promovem desconforto e desrespeito com os usuários desses serviços nos mais diversos âmbitos, seja em um Centro de Saúde, em uma UPA ou em um Hospital Regional. E quando no trecho das mulheres, a paciente logo responde a uma chamada do médico apontando essas falhas ela prova como está atenta às próprias necessidades e demandas pessoais e propõe que se esses serviços do centro de saúde tivessem uma continuidade maior, com consultas menos espaçadas, o cuidado e o trato (convivência) com a doença de longa duração poderiam se dar melhor, regulando a pressão.

3. Lanche na entrada – *“Aqui eu só trabalho com alimento saudável”*

Criei uma narração depois de muito conversar com Dona Rosário sobre a rotina de sua profissão cozinhando e vendendo cafés-da-manhã no portão da entrada de acesso de usuários/as do centro de saúde:

Ainda é horário de verão, as ruas estão escuras, mas isso não quer dizer que as pessoas já não estejam transitando e se encaminhando para trabalhar ou estudar. E assim, Dona Rosário, junto com seu marido que a ajuda a empurrar o carrinho, já vem

dali mesmo da Guariroba caminhando até o posto. Em ritmo lento os dois vêm conversando, não há por que ter pressa, saíram no horário certo e aos poucos se aproximam, aos poucos se instalam ao lado da cerca de entrada do centro de saúde, vão tirando um por um dos itens que preparam naquela mesma madrugada, seja o pão de queijo que assaram há minutos, os bolos que já tem mais tempo de assados, o café pretinho que acabou de ser passado, leite quente que acabou de sair da leiteira, tapiocas que são as mais recentes, quentes e lembrando o fogo da frigideira permanecem com o queijo ralado completamente derretido, assim como os mistos quentes, também tem ali pastel assado de frango e esfirra de carne, sucos da fruta de maracujá e manga bem gelados nas garrafas pet. O casal também vai tirando os copos plásticos, guardanapos e algumas balinhas que permanecem em potes grandes transparentes, ao mesmo tempo decoram e se vendem e, enfim, tudo está pronto. O homem fica mais um pouco, até o movimento começar, faz companhia, protege a mulher. Dona Rosário é quem puxa o negócio, as vendas, ela conhece todo mundo, conversa bastante, sabe das coisas, e é claro, tem a disposição de ficar ali por algumas horas, tem dias que ficava até as 10h, em outros ia embora mais tarde. E era assim a rotina de Dona Rosário, pelo menos o que ela teve a oportunidade de me contar.

Um nicho do posto de saúde que frequentei bastante e que também agregava as pessoas em momentos similares ao de espera da consulta foi a barraquinha de lanche da Dona Rosário que se tratava de um carrinho de inox instalado todos os dias ao lado da entrada do posto de saúde. Essa barraquinha era a fonte de comida mais próxima que as pessoas poderiam buscar, sendo muito útil, pois não necessitava que as pessoas se afastassem tanto à procura de uma padaria ou mercearia, por exemplo, ainda mais quando falamos de pessoas que têm algum tipo de dificuldade de locomoção, como pacientes idosos/as com artrose, artrite, diabetes, etc.

A barraquinha de Dona Rosário vendia diversas comidas. O café, sempre presente, era o mais era pedido pelos/as clientes de Dona Rosário, e é um traço fortíssimo do brasileiro como tão bem nos explica Raul Lody:

Tão brasileiro, profundamente integrado aos nossos hábitos do cotidiano, sendo um dos melhores símbolos do bem-receber, é o cafezinho; pois servir um café, partilhar uma conversa no balcão do botequim, da padaria, em casa, no restaurante ou no bar, é viver o momento do encontro. Assim, o brasileiro é um povo

que bebe e gosta de café. Café com leite, café carioca, com um pouco de água; café pingado, com um pouco de leite; café puro; café na xícara ou no copo; na xícara de porcelana ou no copo de vidro grosso, é sempre um prazer, uma emoção; pois o café estimula, faz a gente estar pronto para o dia, arremata as refeições, complementa sabores de doces, logo após comer a sobremesa. (LODY, 2008, p.175)

O contato com Dona Rosário passou por um arranha-céu de histórias. Logo no início, depois de um mês em campo, decidi me apresentar melhor, ou seja, falar sobre a minha pesquisa. E qual foi meu espanto quando as coisas não correram como eu havia imaginado, ela havia me interpretado de forma errônea, ficou embaraçada, tentando se explicar, assim como eu:

Voltei e pedi outro café. Estava “precisando, ontem foi um dia longo”, como disse a ela. Então me sentei e decidi contar um pouco do que estava fazendo ali, da pesquisa. Mas o resultado não foi muito positivo, não foi o esperado. A senhora pareceu ter trocado como olhava para mim, foi como se eu fosse alguma fiscal sanitária, sei lá. Ela começou a falar sobre as medidas de preparo do alimento, de venda apenas de comidas feitas no próprio dia, ainda complementou falando que o que não vende em um dia ela dá para a sua vizinha que é “mais pobrinha que eu”. Falou sobre a produção dos alimentos, como sendo responsabilidade de seu marido. Falou ainda de uma reunião que teve com a chefe do Posto, acho que com a diretora, sobre as condições de trabalho dela. “Ela me disse que nunca ouviu nenhuma reclamação de mim, nem da minha comida, por ela até construiriam um lugar melhor para eu ficar, mas não pode”. (Diário de Campo - 22/09/2014)

Depois desse momento de desencontro do que se diz e do que se entende, eu tentei me explicar melhor, mas sem muito êxito. Fui reparando que por mais que tentasse explicar as coisas, talvez fosse melhor dar um tempo para aquele contato que estávamos criando. O que fora dito naquele dia me fez refletir e questionar muitas coisas que aconteciam ali no posto, a começar por essa atitude dela de autoproteção, não apenas infligida nas palavras, ao alegar que a comida era do mesmo dia, mas também na própria vestimenta dessa senhora para trabalhar. Dona Rosário todas as manhãs vestia um jaleco branco, desses que tem vários bolsos, inclusive, um deles era reservado apenas para as moedas que dava a sua clientela; vestia na cabeça aquelas redes para não

deixar o cabelo cair sobre as comidas e bebidas; normalmente usava sapatos fechados, como tênis; para a comida, usava utensílios descartáveis, como guardanapos e copos plásticos, pautando-se, portanto, em um modelo higienista e normativo muito similar àquele presente dentro do centro de saúde.

Em alguns momentos ela foi questionada por clientes sobre as comidas que vendia ali, se eram boas, em relação ao preço, mas por duas vezes, tive a oportunidade de presenciar Dona Rosário falando um pouco sobre os benefícios daquelas comidas para a saúde das pessoas que ali frequentavam. Em uma delas, inclusive, nomeou a própria comida como “saudável”, segue:

Aquela mesma família da gestante com os dois meninos voltou, só que dessa vez com o pai, a fim de tomar algum líquido. Os meninos chegaram perguntando “Tia, tem refri? ”, Dona Rosário levantou-se e disse com um tom de voz didático “Não. Aqui eu só trabalho com alimento saudável, tem suco da fruta de maracujá e de manga”. A família comprou sucos de maracujá e retornou para dentro do posto. (Diário de Campo - 21/10/2014)

Aqui a marca de suco natural da fruta em contraste com o que era pedido fez a senhora inclusive se levantar e explicar o seu papel ali, ela trazia alternativa àquela alimentação que era recriminada pelos médicos, sendo uma peça importante.

Uma senhora com um vestido longo florido, cabelos curtos, chegou pedindo um café com leite. Dona Rosário foi uma comerciante muito atenta perguntando quanto de café, quanto de leite, etc. Fez a pergunta que segue ao pedido de café que é: “E para comer?”. A senhora perguntou o que havia, “tem pão de queijo, tapioca com queijo ralado e também esfirra de carne”. A senhora disse que o lanche era para filha, que estava com “pressão alta” e que iria saber com ela antes. Dona Rosário perguntou se a filha dela era a que estava com neném de dias de vida e recebeu uma afirmativa. A senhora parecia bem ansiosa, para não perder o horário da consulta da filha, saiu e prometeu voltar. Voltou tempo depois pedindo dois pães de queijo. Dona Rosário se desculpou pelos pães de queijo estarem um pouco amassados. A senhora foi embora e prometeu voltar de novo, dessa vez para ela mesma tomar o seu próprio café. Logo que saiu Dona Rosário comentou que achava que a tapioca talvez fosse melhor para a filha da mulher, já que estava com “pressão alta”. (Diário de campo - 22/09/2014)

Dona Rosário, portanto, parecia ter na vivência com as pessoas ali na porta do posto de saúde mecanismos de ajudá-las a comer com alguma preocupação com a saúde, mas também de uma forma não tão rígida, similar àquelas que observei dentro das casas das pessoas. Percebi tal preocupação pela falta de alimentos fritos, todos eram assados e os sucos eram naturais da fruta. É claro que ela tinha para venda algumas balas, o que acaba equilibrando toda a questão de saúde e alimentação.

Nesse capítulo, debrucei-me ainda mais atentamente sob o ambiente clínico do “posto”, mostrando as diferentes dinâmicas que podem acontecer concomitantemente nesse ambiente tão múltiplo e complexo, graças aos profissionais de saúde e obviamente aos usuários e as usuárias do SUS. E, ao observar Dona Rosário, a minha vontade de conhecer mais adentro das casas das pessoas apenas cresceu. Pude compreender melhor que ir até esse outro ambiente, em um segundo momento, permitiria que eu desse mais tempo para as pessoas falarem das dores, dos sofrimentos e também, de outro lado, das vitórias, alegrias das vidas delas. Entrando nas casas das pessoas, a compreensão do fazer no dia-a-dia, de alterar ou não alterar cardápios e refeições ficaria melhor explicado, isto é, sem falas recortadas abruptamente, como acontecia dentro do consultório médico.

CAPÍTULO 3

Entre quatro casas da Ceilândia

No capítulo anterior abordei um pouco sobre os diferentes ambientes de um Centro de Saúde da Guariroba, região da Ceilândia onde minha pesquisa se desenvolveu. Mostrei como muitas vezes espaços biomédicos são apropriados pelos/as usuários/as do SUS e as conversas no corredor de espera, durante a consulta com o médico ou nutricionista e inclusive já na porta de saída do posto perpassam pelos mais diversos assuntos, mas foi com certa frequência que a comida era ressaltada e informações sobre receitas e novas dietas eram trocadas. Isso evidencia como a alimentação é sim um dilema e uma preocupação constante dessa comunidade e como algo muito recorrente dentro das conversas do consultório perpassavam a ideia de uma mudança, uma transformação para lidar com práticas do dia-a-dia. Falar de comida mostra a autonomia que essas pessoas têm para escolher as próprias refeições e mais, autonomia para decidir o próprio tratamento para o convívio com uma doença de longa duração como a “pressão alta”.

Assim, observando essa autonomia e independência para comentar e abordar esse assunto da comida e da “pressão alta” de forma interligada, sempre envolto em tantos dilemas, percebi ser essencial falar sobre tal temática dentro de outro contexto: o ambiente doméstico. Por ser a casa, um local em que as nossas próprias vontades ficam ainda mais evidentes, assim como as nossas dificuldades para, nesse caso, evitar a ingestão de determinados alimentos, me pareceu essencial desde o início do projeto da pesquisa percorrer e conhecer algumas casas. Tive a oportunidade de visitar seis lares, dentre esses, em quatro pude conversar mais sobre a comida e os dilemas envoltos na convivência com o “problema de pressão”.

Embora o médico prescreva a dieta ideal (mudar, reduzir, substituir, evitar), há arranjos cotidianos para conviver com estas prescrições com a pressão e, por vezes, conflitando com demandas domésticas. Dieta vem do grego “*díaita*”⁹ que significa “modo de viver”, ligado ao verbo grego “*diaitáō*” que por sua vez quer dizer “viver de

⁹ <http://www.namu.com.br/?q=alimentacao/organica/origem-do-nome>

uma determinada maneira, de acordo com certo regime”. E “regime”, afinal, remete-se a quê?

Em praticamente todas as culturas os alimentos sempre foram relacionados com a saúde, não apenas porque sua abundância ou escassez colocam em questão a sobrevivência humana, mas porque o tipo de dieta e a explicação médica para sua utilização sempre influenciaram a atitude diante da comida, considerando sua adequação a certas idades, gênero, constituições físicas ou enfermidades presentes. Daí uma noção comum de regime para a regulamentação do corpo e do estado. O termo derivado do *rex* latino (rei) denota uma noção disciplinar, de controle, de regência micro e macropolítica das regras alimentares, assim como de outras. (CARNEIRO, 2006, P.139)

O que mais conectava os quatro núcleos familiares que conheci mais a fundo era justamente essa regência que senti em relação ao próprio feitio das refeições. Para tentar recortar um pouco o nicho de pessoas com as quais fiz pesquisa, posso dizer que todas, além de morar na região da Guariroba, tinham em comum o fato de terem sido diagnosticados com hipertensão arterial, fazendo parte do grupo do HIPERDIA do centro de saúde e a faixa etária que ultrapassava a casa dos 50 anos, mas não extrapolava os 80. Ademais, conversei tanto com as mulheres quanto com os homens.

1. Etnografia a partir da realidade das casas

O ambiente das casas foi visitado principalmente pela manhã por volta das 9 ou 10h e não extrapolava às 11h por dois motivos, o primeiro era para garantir que a pesquisadora não atrapalhasse quaisquer atividades familiares, como interromper café da manhã, ou mesmo interferir no preparo de um almoço, impedir que a pessoa se deslocasse para buscar um neto na escola. O segundo era também garantir que eu chegasse em casa a tempo de buscar meu filho na escola e/ou almoçar em família. No final das minhas idas à campo, percebi que o turno vespertino também poderia ser abordado e comecei a fazer algumas visitas de tarde, principalmente quando fui sozinha. Chegava à Guariroba por volta das 15h e permanecia até as 17h30, normalmente deixava as visitas pré-marcadas, mas não foram raras as vezes que cheguei de supetão. Mas, de fato, até anotei em meu diário outros motivos das visitas matutinas serem mais proveitosas:

Decidi ir a campo pela manhã, não apenas porque tinha combinado com a Dona Mirtes (quem sabe se o recado seria dado, se ela não esqueceria), mas também porque o tempo está bem melhor no turno matutino, a probabilidade de chover sempre fica para tarde e mais, eu também tenho notado que é bem mais difícil encontrar as pessoas no turno da tarde em casa. À tarde, as saídas das pessoas se prolongam mais, isso porque escolhem esse turno para se descolarem para lugares mais distantes (como o Plano Piloto, consulta no hospital), o turno da manhã fica reservado a própria Ceilândia, um mercado próximo (Tatico), ou então uma consulta no posto. (Diário de campo - 12-12-14)

O campo foi se reescrevendo também de acordo com o tempo, muito além das minhas vontades ou apenas da vontade das pessoas com as quais conversei, tratava-se de um momento de encontro e para isso, além das autorizações orais para serem entrevistadas, as pessoas tinham que se sentir confortáveis comigo, fazendo perguntas sobre as suas e minhas vivências e convivências. Começarei apresentando as pessoas com as quais tive um contato maior em suas casas e conectando-as de acordo com uma lógica própria que encontrei de consonâncias nas trajetórias e narrativas entre elas a respeito da alimentação e pressão, principalmente ao pensar em comida como propícia para criar espaços de sociabilidade e como isso pode ser alterado caso a aderência a regimes e dietas seja drástica.

1.1 “Comida boa pra pressão, só se for comer insosso”

Casal baiano que criou os cinco filhos na Ceilândia, Seu Lacerda chegou primeiro no quadradinho do DF, antes da esposa Jurema. Veio em busca de tratamento para uma doença, a tuberculose. Veio, passou um ano aqui, durante esse tempo ficou na casa do irmão, em Taguatinga. Gostou tanto que, quando teve de voltar para a roça ao final do tratamento, pouco tempo se passou e logo retornou à capital federal trazendo toda a família. Descobri com o tempo que esse casal sabia lidar com plantas, sabiam fazer medicina caseira.

Quando o conheci, Seu Lacerda sofria de problema de pressão e também de uma doença respiratória ainda não definida e, por isso, foi impedido de comer leite e derivados por piorar o quadro dele e por ser intolerante à lactose. Dona Jurema possuía

além da “pressão alta”, gota, o que restringia o seu consumo de carne vermelha. Além disso, Jurema também não comia peixe por não gostar, então as restrições acabavam se estendendo bastante nesse núcleo familiar.

Seu Lacerda durante uma consulta médica, que tive o privilégio de assistir, logo após a fala do médico de “fazer a dieta, muita dieta”, disse apenas brevemente que “sempre tem cuidado com o sal, e açúcar é só no café”. Quando pude visitá-lo, inúmeras foram as vezes que ele se queixou por não poder ingerir mais leite e seus derivados. De fato, ele realmente passaria mal se comesse tal comida, de acordo com Dona Jurema teria mal-estares tais quais: dores de cabeça, região das maçãs do rosto extremamente vermelha “faltando sangrar”. O mal-estar, no entanto, não o impediria de desgostar da restrição alimentar. Lembro-me ainda de comentar sobre outros tipos de leites e queijos que ele poderia ingerir, caso quisesse, como aqueles feitos de castanhas e grãos, mas logo o Seu Lacerda disse que para ele era “tudo ou nada”. Esse é um grande exemplo de como as consultas simplesmente não abarcavam a totalidade que poderia vir a ser conversar com determinadas pessoas com mais tempo, mais espaço, menos hierarquizações, enfim, em local menos rígido e regrado.

Dona Jurema sabia bem identificar quando está com mal-estar da “pressão alta”. Nos dias que “pesava” a mão no sal como ela mesmo comentou, ou seja, colocava mais do que o necessário, essa senhora sentia um mal-estar, como se a comida não tivesse sido digerida corretamente, ou como se demorasse mais para tal. Com o intuito de fazer a pressão abaixar, essa senhora tinha um ingrediente “secreto” em casa apelidado por ela de “aguardente”, que nada mais era do que o SOBREAL – *Operculina Alata*. Com esse remédio fitoterápico amenizava o mal-estar advindo normalmente de uma “comida temperadinha, com sal”.

1.2 “*Eu sou mineiro, se tiver um queijo descendo ladeira abaixo, a gente quebra o pescoço, mas come o queijo*”

Ao falar sobre sintomas do problema de pressão, da “pressão alta”, logo me recordo de um dia em que visitei Seu Cássio e Dona Aparecida. O casal também mineiro já convivia com essa doença há mais de 30 anos, tomava medicação e recorrentemente se consultava para cuidar da saúde. Ao que notei, assim como Dona

Jurema, também sabiam muito bem avaliar os próprios corpos e as alterações que eventualmente sofrem.

Seu Cássio sabe que a pressão está alta quando sente uma dor específica no centro da testa – fala isso tocando na testa “é só medir a pressão para ter a certeza”. Dona Aparecida aproveitou o gancho e, tocando na nuca, disse que toda vez que sente dor naquela região já sabe, só medir para conferir que é a “pressão alta”. (Diário de Campo - 29/10/2014)

Interessante como as percepções são completamente diferentes, se de um lado Dona Jurema parecia sentir uma dor abdominal, de outro o casal Cássio e Aparecida sentiam dores mais próximas da região da cabeça (nuca e testa). Isso evidencia a própria autonomia e autocuidado que todos/as tinham ao perceberem, sentirem e, por fim, conviverem com o “problema de pressão”.

Esse casal era muitíssimo simpático e diversas vezes conversei com eles. Em uma dessas visitas, dia 26/11/2014, fiquei extremamente desapontada ao perceber que o Seu Cássio não estava em casa e Dona Aparecida estava tensa no portão conversando com uma vizinha. Logo que cheguei não entendi nada, mas aos poucos as coisas foram se esclarecendo, o cunhado, o sobrinho e a irmã de Seu Cássio tinham sofrido um acidente com o caminhão que dirigiam, tudo tinha acontecido pela manhã e o casal descobriu ao assistir um programa jornalístico. De imediato Seu Cássio quis visitar a irmã e, logo que pode, saiu de casa. Nesse dia, portanto, achei que não conseguiria nada sobre meu tema, mas como já eram 16h, esperei mais um pouco, fiz companhia para Dona Aparecida, o campo tem dessas coisas, às vezes, precisamos persistir.

E qual foi minha surpresa quando Seu Cássio veio caminhando pela rua, estava um pouco cabisbaixo, mas logo contou toda a sua saga para mim e para a esposa, a irmã, o cunhado e o sobrinho filho do casal dirigiam um caminhão que perdeu o controle, infelizmente, ao lado desse veículo estava um ônibus que acabou sendo desviado para fora da pista, algumas pessoas tinham sofrido ferimentos leves e uma mulher estava com o braço seriamente machucado. Depois, resolveu falar sobre qualquer outro assunto, parecia estar cansado de pensar sobre o acidente e me pediu para perguntar qualquer coisa, simplesmente parecia querer mudar de assunto. Assim, a pesquisa se desenrolou e atingiu camadas diferentes das que eu tinha em mente.

Seu Cássio era mineiro, de contar piada sobre queijo e tudo mais, como a que abre o subtítulo da apresentação dele. Apesar de contar piadas sobre o queijo, através da forma de falar, mostrou-me desde o início que a vida alimentar tendia a buscar um certo equilíbrio, a ser ponderada. Logo após a piada, ele disse que “o sal (do queijo) prejudica a pressão”, e mais à frente nesse mesmo dia comentou que “Se fosse para comer como o médico fala, a gente não ia comer nada”. Isso pode parecer paradoxal, mas obviamente, a vida traz dilemas e as escolhas nos possibilitam expressarmos-nos, nesse caso, ora com cuidado, ora extrapolando na alimentação.

Descobri um novo mundo dentro da Guariroba que dizia respeito a ancestralidade daquele povo nordestino, mineiro e goiano, em sua maioria. Descobri que ele e sua mulher possuíam um conhecimento vasto sobre as plantas, muito embora ele tenha repetido diversas vezes que “não sou raizeiro, mas aprendi muita coisa”. Eles sabiam falar de remédios caseiros feitos de plantas para amenizar sintomas, mal-estares, e até alguns que poderiam curar.

No começo da conversa logo perguntei se tinha alguma coisa no cuidado diário que fazia bem para pressão, logo veio à tona a importância de se beber água regularmente. Na sequência, alterei um pouco a pergunta, o foco agora era se conheciam alguma comida que era “boa para pressão”, termo que já tinha escutado anteriormente dentro do consultório médico, Seu Cássio se pronunciou e falou sobre o caldo de cana, também falou sobre a folha da cana, disse que “a folha de cana também ajuda, você bate ela no liquidificador com água, peneira e depois vai bebendo aos poucos, pode guardar na geladeira, beber ela geladinha”.

Conversando mais e mais com esse casal, outras comidas “boas para a pressão” foram citadas, entre elas: “pepino, água do pepino, chuchu, água do chuchu e maracujá”. Quando disseram água explicaram que é só colocar o legume de molho em uma água por algum tempo e depois bebê-la. “É uma beleza”, disse um, “Abaixa a pressão que só vendo”, replicou Dona Aparecida. Tais práticas não possuem nenhuma eficácia garantida pelo médico, talvez esse tipo de informação não chegue tanto aos ouvidos dele, mas entre a população, tais conhecimentos movem essas pessoas. São todos advindos da roça, um tempo que tinha saldos positivos, mas muitos negativos, como bem fala esse casal. Tentaram voltar a viver na roça depois de conhecer a Ceilândia, mas a praticidade do dia a dia urbano, onde as comidas são apresentadas e

adquiridas de forma distinta lhes manteve no bairro, Seu Cássio comentou: “Nunca tinha visto isso, comida por quilo, não estava acostumado. Na roça a gente planta pro ano inteiro, guarda aquela comida toda pro ano inteiro”. (Diário de Campo - 29/10/2014)

Também não deixei de lado a pergunta clássica sobre o oposto do “ser boa para pressão”, e perguntei de forma a evitar que a resposta sobre “sal, gordura e fritura” viesse à tona, optei por perguntar se tinha alguma comida que fazia a pressão descontrolar. Seu Cássio era mais rápido e falou que “a jaca, dizem que faz mal”. Dona Aparecida veio então com a experiência vivida, contou que certa vez comeu jaca mole, e em seguida, sentiu um mal-estar, até então ela achava que “aumentou mesmo a pressão”, mas que nem por isso deixaria de comer essa fruta, nem nada parecido.

A visão que esse casal parecia ter sobre a alimentação era algo interessante, sabiam receitas com plantas que poderiam fazer bem para seus organismos e, portanto, não ficavam tão dependentes dos remédios do médico. Foram raras as vezes que reclamaram de faltar remédio nas farmácias, por exemplo. Na fala de Dona Aparecida foi visível que passar mal comendo jaca não a impediria de continuar comendo essa fruta, ao que me pareceu na época, pois ela poderia depois comer chuchu e pepino no almoço, continuar a tomar muita água ao longo do dia e tudo estaria em perfeita harmonia. Pareceu-me uma questão de balancear, se em um momento do dia você pende para um lado, pesa no sal por exemplo, em outro se deve tentar equilibrar, beber água, tomar o remédio corretamente e/ou ainda praticar uma atividade física.

Essa questão de compensar foi presente e latente durante toda a pesquisa. Desde pessoas que compareciam ao consultório e o próprio médico optava por “pesar” mais no remédio, ou então “investir” em um encaminhamento para a nutricionista. Como também salta aos olhos as pessoas que faziam esses arranjos em casa, tomavam um remédio a mais no dia que sentiam uma dor de cabeça em um lugar mais localizado, ou quando mediam a pressão e percebiam que estava “ruim”, e normalmente isso acontece porque haviam “exagerado”, ou melhor “extrapolado” na comida, “desmantelando” assim a pressão.

1.3 *“Foi o propranolol, tomava três, agora só tomo dois”*

Dona Mirtes é uma senhora mineira com cerca de 55 anos. Ela me lembrou um pouco a minha mãe, talvez por conta da idade, ter “pressão alta” e também por seguir uma dieta alimentar. Dona Mirtes fez mais, ela realmente se apropriou de muitos conhecimentos adquiridos dentro de consultórios de nutricionistas. No dia em que lhe visitei, a conversa sobre comida se ampliou.

Mayara: E foi na nutricionista?

Mirtes: Não, foi por minha conta também. Eu já tinha ido a muitas consultas, sabia como fazer uma dieta pra mim. Emagreci 6 kg assim, só com a alimentação. Melhorou pra dormir, pra tudo.

Mayara: E como foi essa mudança na dieta? Essa que tá te fazendo emagrecer bem?

Mirtes: Ah, eu deixei de comer gordura, fritura. Aí no almoço eu como só três colheres de arroz, e se como batata, não como mandioca... Porque só pode um, sabe? Daí depois eu não janto...
(Diário de Campo - 12/12/2014)

No trecho ela explicita como já sabia fazer sua própria dieta, com sua personalidade, caráter e vontades, tinha assistido tantas consultas que já havia se apropriado das recomendações e, assim, “foi por sua própria conta”, pois sabia ser desnecessária uma consulta, afinal, ela mesma sabia gerenciar sua alimentação.

Essa senhora foi um contato que adquiri dentro do consultório médico já ao final do meu tempo em campo. No decorrer da consulta, ela comentou que havia perdido mais de 6 kg, e por isso, reduziu um dos remédios para a “pressão alta” que ela tomava, “foi o propranolol, tomava três, agora só tomo dois”. Interessei-me de imediato, e logo perguntei se poderia eventualmente visitá-la, ela assentiu cordialmente e mais ao final da consulta reafirmou que eu seria bem-vinda para conversar. Esse é um exemplo de como os endereços eram adquiridos dentro do consultório médico por nós pesquisadores.

Mirtes, no começo da nossa conversa, ao responder há quantos anos tomava remédio para “pressão alta” colocou que: “Eu tomo remédio já tem 20 anos. Mas a minha pressão é controlada, sabe. A última vez que alterou foi quando minha mãe faleceu... Faz três meses isso”. Isso me leva a pensar a percepção da doença de pressão como algo eventual, menos crônico, falarei disso mais à frente quando citar o caso de

Dona Marina. Outro assunto que me salta aos olhos é sobre como algumas perguntas feitas por mim, a pesquisadora, muitas vezes ajudavam as pessoas a remontarem suas histórias e, conseqüentemente, as levava a entenderem o que aconteceu em determinados momentos com mais clareza.

A história de Dona Mirtes perpassou sofrimentos que alteraram e muito a sua saúde. Ela percebeu mais à frente que não havia sido apenas a morte da mãe que poderia ter alterado sua pressão, pois também havia tomado três injeções por “sua conta” na farmácia para aliviar uma dor que sentia no braço, injeções contendo corticoide que ela mesma ressaltou ser “perigoso, pode aumentar a pressão, aumenta a chance de ter diabetes... Quando parei de tomar, decidi emagrecer. (...) Porque tinha engordado 5kg, tinha inchado muito”. O organismo da senhora não havia reagido bem à essa medicação e ela logo percebeu que tinha que tomar as rédeas novamente e reestabelecer um regime que a ajudasse a melhorar.

Um ponto importante é que quando perguntei a ela se a pressão havia aumentado por causa das injeções, ela não soube responder com muita clareza: “Pois é, sempre foi 12 por 8 [a minha pressão]. Não aumentou não [depois das injeções]. Se bem que quando minha mãe morreu já tinha tomado a segunda injeção...”. Nesse trecho, as reticências realmente tentam reviver uma pausa muito simbólica que expressou naquele instante, a dúvida sobre os acontecimentos da época, em setembro. Quando conversamos em dezembro, três meses depois do falecimento da mãe de Dona Mirtes, ela ponderou sobre o motivo da sua própria pressão ter subido, juntou as informações e percebeu que talvez não tivesse ficado com a “sua mínima em 18” só por conta do falecimento da mãe, talvez a segunda injeção de corticoide tenha contribuído para essa alteração também.

O que mais chama atenção é como a Dona Mirtes, ao final desse mal-estar, ganho de peso e luto filial conseguiu se reerguer, mesmo com todas as dificuldades. Fez alterações e mudanças por conta própria no estilo de vida, no caso ao preparar e comer suas refeições de forma mais regrada e, na sequência, conseguiu perder seis quilos, portanto, mais do que havia ganhado com as injeções de corticoide. Por fim, Mirtes alterou a quantidade de remédio que tomava, também de maneira completamente autônoma, lembrando que toda essa reviravolta aconteceu em apenas seis meses,

frequência na qual acontecia os encontros do grupo do HIPERDIA, reencontrando o médico ao final com caráter apenas de informá-lo.

1.4 “*Se eu não comesse assim, já tinha ido*”

Dona Marina é uma baiana que veio à Brasília em busca de tratamento de saúde, na época não se sabia qual era a doença, mas hoje o diagnóstico é sabido: depressão. Gostou tanto de morar aqui na região centro-oeste que nunca mais retornou à cidade natal. Ela é adventista do sétimo dia e encontrou na Igreja qualidade de vida, tanto porque começou a se relacionar mais com as pessoas, portanto não ficava apenas em casa, como também por conta de algumas restrições alimentares propostas por essa Igreja que fizeram-na melhorar as refeições e, conseqüentemente, o bem-estar físico.

Não falar sobre o problema de pressão como algo determinante aconteceu diversas vezes entre as pessoas com as quais conversei. O mais comum era comentar que a pressão estava controlada, portanto, não era um problema de saúde, mesmo que isso só se desse também com a ingestão de remédios diariamente. Dona Mirtes, do terceiro caso, salientou como tomava remédio há 20 anos, mas não tinha isso como o foco da própria vida, até porque, se a pressão ficava controlada, não tinha porquê se preocupar.

Para concluir, observa-se que a “pressão alta” figura, nas representações do grupo investigado, entre aquelas enfermidades que permitem conduzir normalmente a vida. Luciana não interpreta os acontecimentos físicos de maneira isolada e abstraída dos contextos, acontecimentos e circunstâncias da vida pessoal e social, como faz a biomedicina, mas conjuga a experiência com a enfermidade, com o corpo, saúde e doença e as aflições de vida aos sofrimentos morais, perturbadores de sua existência física, social, afetiva e relacional – ou seja, à pessoa concebida como totalidade. (CANESQUI, 2013, p. 920)

Isso aconteceu outras vezes, como quando Dona Marina falou sobre suas próprias doenças e se esqueceu de mencionar sobre a “pressão alta”, porque na realidade, o remédio é aquilo que ela parece mais correlacionar com a doença. No caso de Dona Marina, o medicamento que tem como princípio ativo tratar a ansiedade é aquele que atua também no controle da pressão de forma mais perceptível corporalmente e fisiologicamente. De acordo com Dona Marina, o remédio da pressão

pode demorar para fazer efeito, já o da ansiedade consegue resultados com maior rapidez e eficácia, acalmando-a e, ao mesmo tempo, tirando os sintomas da pressão elevada, de maneira mais relacional com tudo que a rodeia.

Quanto ao jeito de cozinhar, Dona Marina prepara refeições diferentes, por exemplo, no lugar de tomar café faz uso da cevada, prefere pão integral ao pão branco, come proteína de soja ao invés de proteína animal, sabe preparar leites de castanhas e amêndoas para evitar o de origem animal. Dentro da Igreja Adventista ela pode aprender diversas receitas para acrescentar ao cardápio da família, nesse espaço são promovidos alguns cursos com instruções de nutricionistas que levam material como apostilas. Observei duas dessas apostilas, ambas eram voltadas para a culinária vegetariana e vegana, ou seja, cozinhas que investem em alimentação sem comer carnes, frango e peixe e a ainda a outra que exclui do cardápio quaisquer ingredientes com proteína de origem animal, ou seja, todos os anteriores e também os derivados: queijos, leites, ovos.

Ainda falando sobre a Igreja, há um encontro chamado de “Junta Panela” que promove essa alimentação mais “natural”. Nessa ocasião, o prato que sempre fica sob responsabilidade de Dona Marina é a feijoada vegetariana, toda complementada, com ingredientes interessantes como legumes, folha de louro e inclusive um tofu que ela mesma sabe preparar. O cardápio dela é rebuscado, não teve sequer uma só vez que a visitei que saí sem ter experimentado alguma comida sob seu preparo. Ao todo, comi pão integral, maioneses vegana, cuscuz e tomei leite de soja e cevada.

No princípio quando a perguntei se encontrava alguma relação entre a comida e a pressão, Dona Marina negou a priori, disse que a pressão só subia por conta do seu “sistema nervoso”, mas logo a seguir disse-me que se comer uma comida “bem temperada” poderia alterar. Certa feita, em companhia de Ana Clara Damásio, esta perguntou à Dona Marina se tinha melhorado da saúde, da pressão e da depressão, depois que começou a comer comida saudável, vegetariana. Ao que a senhora respondeu de pronto: “Se eu não comesse assim, já tinha ido.” E mais à frente da conversa corrigiu o termo, para ela, a sua comida era “natural” e não apenas saudável.

Portanto, algumas considerações que podem ser feitas para essas todas pessoas envolve um compromisso em tentar compensar “exageros” na dieta com “diminuições” de comidas não aconselhadas pelos profissionais de saúde; prazeres são depois

compensados por bocas “fechadas”. A seguir, mostrarei um pouco desses dilemas de evitar comidas para o cuidado com a doença da hipertensão e outras mais. Um intuito é também mostrar a relação dual que pode vir a ser de um lado tomar uma decisão de “mudar” alimentação, hábito e conseqüentemente a vida com, de outro lado, a vontade de “manter”, de conciliar e agregar toda a família em casa, ao redor das cozinhas e mesas.

2. Agradar e agregar: espaços de sociabilidade

Olhando para a formação da cozinha brasileira, melhor dizendo, para as muitas e diferentes cozinhas brasileiras que manifestam multiculturalidade do nosso povo, aponta-se com destaque o trabalho, o saber e o espaço da memória do que se come, pela mão da mulher. Memória ativa de experiências, receitas, rituais do fazer e do servir à mesa. As experiências nas cozinhas nascem, aparentemente, para dar o que comer, nutrir, alimentar o corpo; contudo, é a cozinha importante espaço de poder, marcando papéis sociais, determinando relações sociais e determinando ainda hierarquias da casa que na tradição brasileira estão no gênero feminino. Os trabalhos na cozinha seguem, geralmente, uma ordem de importância da mulher no seu espaço familiar. Assim, estar na cozinha é projetar a mulher e seu lugar na casa. Não apenas um lugar de trabalho ou de status sob o comando masculino. É também a representação da “mãe provedora”, a mãe que alimenta. (LODY, 2006, p.149)

Como foi dito por Lody (2006), nos grupos sociais dentre os quais se tem estudo sobre práticas alimentares, as refeições são preparadas pelas mães de família. Ainda em outro texto, de Rosa Belluzzo, o papel dessas mulheres dentro da culinária brasileira fica claro quando se coloca que “foram as mulheres as responsáveis pela formação do gosto brasileiro, detentoras do patrimônio culinário e da transmissão oral dessa cultura secular” (Belluzzo, 2006, p.184).

Considerando esse papel, fica a pergunta: Como os cardápios são alterados, se é que são, quando há um diagnóstico de “pressão alta” na família? Há uma separação das panelas para o cozimento do alimento, por exemplo, uma com arroz com sal e outra sem sal? Essas são questões que merecem ser levantadas para uma melhor compreensão das percepções que essas mulheres têm de uma atividade do cotidiano: o preparo do alimento.

Algo que me saltou aos olhos foi um apontamento recorrente desses/as idosos/as sobre os familiares se queixarem a respeito das comidas que eram servidas, e mais, saber que essas queixas recorrentes poderiam acarretar no não comparecimento de filhos/as e netos/as nos almoços e jantares em família. Para tanto, observei certas semelhanças no texto de Canesqui “Estudo de caso sobre a experiência da pressão alta”, onde ela relata o caso da Luciana que,

Como responsável pela saúde da família, relata atender às recomendações médicas, alterando a forma de preparar e selecionar as comidas (redução do sal, introdução de legumes e verduras na alimentação, recomendados pela nutricionista), em parte facilitadas pela presença da mesma doença no grupo doméstico. Essas mudanças não acontecem sem conflitos e tensões com o marido e os filhos, que demandam observar seus gostos pessoais e as tradições alimentares do grupo social em que foram socializados. Luciana gerencia com flexibilidade as restrições alimentares recomendadas, burlando-as para favorecer o próprio gosto e das demais pessoas do grupo doméstico, preservando também as tradições alimentares aprendidas e as formas de lidar com o processo saúde, doença e os cuidados com o corpo, a alimentação e a saúde. (CANESQUI, 2013, p. 918)

As mães de família sabiam bem que as mudanças haviam inviabilizado algumas reuniões familiares, antes rotineiras. Algumas mulheres davam desculpas quanto a falta da presença dos parentes, diziam que também essas pessoas preferiam comer na rua, mais perto do local de trabalho ou da escola, corroborando o que diz Contreras em “Os paradoxos da modernidade alimentar”:

Ao mesmo tempo, se “antes” os ritmos da jornada de trabalho estavam subordinados, em boa parte, aos rituais de alimentação familiar (café da manhã, almoço e jantar em casa), hoje, ao contrário, é a alimentação que está cada vez mais subordinada aos ritmos das atividades diárias dos diferentes membros da casa, assim como aos seus respectivos horários de lazer, ou seja, pode falar de uma progressiva subordinação da alimentação aos horários de cada membro dos grupos domésticos. Assim, a alimentação, inclusive a “familiar”, torna-se “individualizada” ou “desestruturada”. (CONTRERAS, 2008, p. 33)

No entanto, a maioria afirmava que a comida que era feita realmente influenciava. Tanto sabiam que algumas das minhas interlocutoras disseram fazer

comidas diferentes para que a refeição fosse capaz de agregar e agradar a todos/as, isso era feito por Dona Mirtes e Marina. Dona Mirtes comentou que por fazer dietas acaba, eventualmente, fazendo outra comida para visitas.

Mayara: E como é quando vem visita?

Mirtes: Hoje vem minha neta, eu faço uma comida pra ela: arroz, feijão, bife. Isso porque eu vou comer sopa, e sei que ela não come isso.

Mayara: Então faz comidas diferentes?

Mirtes: É, tem que ser, ainda tenho uma meta de perder 2 kg. (Diário de Campo - 12/12/2014)

Já com Dona Marina, isso é algo do cotidiano: fazer refeições todos os dias para outras pessoas. Normalmente, cozinha para o marido e neto, alguns filhos por vezes almoçam também por lá, e ela comentou que a própria comida não pode ser como era antes, ou seja, sofreu alterações por causa de doenças com as quais convive.

Marina disse “não posso fazer bem temperada”. Eu perguntei se fazia comida em panela diferente ou não. Ela disse que normalmente faz o próprio arroz integral com os legumes em uma panela menor, só sua. Já para o neto, marido e filhos que possivelmente vão comer lá, ela prepara uma outra. (Diário de Campo - 16/11/2014)

Mas ao cozinhar para as visitas disse apenas fazer uma “comida normal”. Aproveitei para perguntar se alguém já havia reclamado e ela comentou sobre o seu genro que, certa vez, disse que a comida da sogra era “sem gosto, ruim”, desde então, Dona Marina tem “temperado mais” quando ele vem. Essa prática de alterar um pouco a comida quando alguém vem também foi percebida na casa de Dona Jurema, quando a perguntei sobre como fazia se a comida mudava quando alguém de fora vinha, ela disse que “boto mais tempero, mais sal, mais gosto quando alguém vem. Queimo um alho, quando vai chegar gente...”. Logo complementou falando que o filho dela “não come aqui não, sai 12h para trabalhar, mas vai comer no restaurante”. Isso demonstra exatamente como é complicado agregar e agradar toda a família, por causa da restrição de carnes e queijos o filho se ausenta do almoço, prefere a comida da “rua” à da “casa”.

Dona Jurema gosta mesmo é de receber as pessoas em sua casa e não tanto de ir à casa de outras pessoas. Por não ter costume esse costume, não foi nem mesmo na comemoração de aniversário da vizinha que é sua amiga há mais de 30 anos. Além

disso, disse ser complicado participar de festas com pessoas que não conhece, apenas comparece a reuniões familiares. Dona Mirtes ao responder como age quando come na casa de outras pessoas fez também o estilo de Dona Jurema, não come na casa de estranhos, apenas da própria família. Quando comparece a essas reuniões familiares disse não fazer nada de diferente na alimentação, o regime que faz só reduz as quantidades quando tem festa, ou seja, não come muito. Ao falar do churrasco, por exemplo, disse que não é um empecilho “posso comer, mas menos. Quando eu vou assim, só como uma mandioca e uma carne”.

Dona Marina leva a história de outra forma, se considera “esperta”, pois leva na bolsa a própria comida, normalmente um pedaço de pão integral sem lactose e um suco de caixinha para poder evitar o refrigerante. Portanto, observei e constatei como a alimentação muda ao visitar alguém, e também ao chegar visita em casa. Quanto à comida, ela pode alterar em qualidade ou mesmo em quantidade.

Assim, observei como de um lado Dona Jurema e Dona Aparecida cozinham uma só comida para toda a família, “juntando” em uma “única” panela aquela refeição alterada e diminuída de sal, gorduras e frituras. Ao contrário de Dona Mirtes e Dona Marina que cozinham em panelas separadas, ou seja, fazem comidas específicas para si e outras mais para agradar e agregar a família inteira, encontrando assim uma forma de garantir que integrantes compareçam a eventos de sociabilidade cotidianos que envolvem comida, como almoços e jantares.

Ao sentar em uma mesa construímos um espaço de sociabilidade. Em algumas casas, até o lugar onde se senta já é marcado, de um lado o provedor, do outro a matriarca, em frente os filhos mais velhos, nas pontas os netos, ou qualquer outro arranjo, apenas descrevi aquilo que vivencio quando a minha família se reúne para celebrar o Réveillon. Até mesmo fora de casa, em restaurantes, os lugares podem se tornar específicos para certos grupos, como quando se segue ao pé da letra o dito popular que diz “quem senta na ponta, paga a conta”, por exemplo. No caso que encontrei em campo, Dona Mirtes falou sobre um episódio em que a dieta que faz para emagrecer aproximou-a de uma irmã por motivos não tão óbvios:

É, mas, sabe, eu tenho uma irmã que é uns 10 quilos mais gorda que eu... E ela não consegue controlar. Sempre quando vou comer por lá ela gosta de sentar perto de mim. Tudo quando é reunião de parente ela senta perto de mim. Ela fala que é bom

sentar do meu lado porque, como eu não como a gordura, passo para o prato dos outros. (Diário de Campo - 12/12/2014)

É estratégico para a irmã sentar-se ao lado de Dona Mirtes, só assim ela é capaz de pegar a comida rejeitada, no caso, a gordura de certas carnes que são passadas voluntariamente pela senhora. Ainda sobre carne ou a falta dela, Dona Marina se considera vegetariana – mesmo que coma eventualmente frango por recomendação médica para obter determinados hormônios –, e apesar de não comer carne, ela prepara todos os dias esse elemento indispensável para o restante da família. Aboliu o sal da comida e o saleiro também foi extinto da mesa de jantar por outra recomendação médica que proibiu esse “veneninho da mesa”. Mas seria mesmo o sal um veneno? Será ele o vilão dessa história?

3. Com sal e insosso

Uma das coisas que mais escutei em campo foi sobre o sofrimento das pessoas com problema de pressão para deixarem de comer comidas salgadas, bem temperadas. Essa reclamação foi recorrente até mesmo com pessoas que nem conviviam com essa doença que apenas tinham contato com alguém que tinha uma dieta restritiva de sal por motivo de saúde. O sal foi tão abordado que inclusive diferentes verbos foram percebidos cerceando essa palavra, e, pude reunir diferentes expressões que falavam sobre esse tempero. Se de um lado algumas pessoas capricham no sal, de outro evitam sal. Assim, o universo fica repleto de formas e medidas para *botar* ou então *tirar* o sal das refeições.

Tem gente que *pesa a mão no sal, capricha no sal, aperta mais no sal, salga demais, come comida com sal, afinal, nada de comer insosso, coloca muito sal, relaxa no sal, taca sal na comida, bota sal na comida, tem dia que erra no sal e ainda tem gente que é perigosa no sal, come sal demais, desmantela por causa do sal, abusa no sal.*

Enquanto isso, tem gente que *diz que sal não é tempero, ou mesmo que o sal prejudica a pressão, sabe que tem que mudar o sal, come com menos sal, usa só uma pitadinha de sal, evita sal, faz dieta de sal, considera o saleiro um veneninho na mesa, come comida bem sem sal, evita comida salgada, tem a mão certa no sal, pode comer*

só 3 gramas de sal por dia, tem cuidado com o sal, come quase sem sal, come com metade de sal, acha que tudo que tem sal é ruim, sabe que bom pra pressão é comer insosso, sem sal, então a comida é sem sal de tudo, diminuiu o sal, reduziu o sal, come frio de sal, parou de comer sal, afinal, não pode com sal, cortou o sal da comida, tirou o sal da comida, enfim, não usa sal.

Isso automaticamente me leva a tentar compor um quadro onde vejo as intensidades do uso ou desuso desse ingrediente nas refeições das pessoas, sejam elas expressões fortes ou as mais sutis para expressar a utilização ou o banimento do sal. Um extremo é o “abusar no sal”, “comer sal demais” enquanto na outra ponta está o “não usar sal” ou “comer frio de sal”. Abusar tem diversos sentidos, pode significar “usar de forma indevida, sem cuidado¹⁰” e mais “fazer algo em excesso, exceder-se”, acredito que ao “abusar no sal”, as pessoas não apenas ficam sem cuidado com a pressão, como também se excedam, extrapolem na comida, abarcando esses dois possíveis significados da palavra. Talvez por isso, encontro no “abusar” o extremo oposto de “regime” que mantém uma noção disciplinar, de controle, como vimos mais acima, no início do capítulo com CARNEIRO (2006). E entre esses dois pontos existem várias conexões, uma forma talvez de flexibilizar as recomendações, isso também é percebido com Barsaglini e Canesqui ao retratarem pessoas com o Diabetes tipo 1:

Nota-se ideias de flexibilidade e volição expressas pelos termos “maneirar”; “ralear”; “diminuir”; “controlar”; “corrigir”; “experimental, mas não comer”; simbolizando formas de gerenciar a alimentação na condição do diabetes atenuando, portanto, o caráter punitivo das transgressões, com permissibilidade. (BARSAGLINI; CANESQUI, 2010, p. 925)

“Comer metade de sal” outra expressão muito interessante porque nos faz pensar sobre um todo sendo dividido e possuindo um momento equidistante que permite pensar em diversos simbolismos dessas duas metades. Essa expressão “metade de sal” pode simbolizar que uma parte de nós permanece um pouco como era antes do diagnóstico e, portanto, continua a comer sal enquanto a outra parte se torna “cuidadosa” com a doença, evidenciando a dualidade da vida ao se conviver com uma doença de longa duração.

¹⁰ <http://www.aulete.com.br/abusar>

Uma categoria que realmente se repetia muito, inclusive dentro e fora do consultório era “insosso”. Aparecia em diversos momentos e sempre denotando algo não tão bom, como quando perguntei à Dona Jurema o que seria uma comida “boa para pressão” e ela logo respondeu “só se for comer insosso, sem sal”, com uma expressão quase que desapontada. E é exatamente esse o significado da palavra insosso, do latim *insulsus*¹¹ em que in quer dizer sem e *salsus* significa sal, salgado e há outro significado que diz ainda “sem gosto”. Portanto, com a sempre presente sensação de um prazer não adquirido, a categoria “insosso” não deixa dúvidas quanto às dificuldades encontradas ao adquirir um diagnóstico de “pressão alta” e, assim, ter que conviver com essa doença e “controlar”, “cuidar” da pressão. Para tanto, o indivíduo deve “evitar” certas comidas e tentar “fechar a boca”, reduzindo assim os “gostos”, ou simplesmente sabores, alterando os temperos, enfim, novamente mudando, transformando, alterando a vida, criando de fato um novo estilo para se viver.

Dentre esses quatro núcleos familiares compostos por Dona Aparecida e Seu Cássio; Dona Jurema e Seu Lacerda; Dona Mirtes; Dona Marina, explicitarei algumas das maneiras possíveis para um convívio com o “problema de pressão”. Uma decisão muito interessante é a transformação de hábitos alimentares, isto implica em alterar refeições, tirando comidas que eram favoritas, assim como fora solicitado e orientado por médico e nutricionista. Uma segunda decisão pode vir a ser uma consequência da anterior, ou seja, por mudança de hábitos alimentares, algumas dinâmicas dentro das casas são alteradas, como a lógica da sociabilidade e comensalidade; comer em grupo e atrair a família para ingerir comidas não tão “saborosas” pode se tornar um desafio. Um terceiro tópico ainda se refere às compensações ordenadas pelas pessoas ao montarem seus cardápios e rotinas, isto é, eventualmente, comer alimentos prazerosos e muito temperados pode não vir a ser algo tão preocupante graças à busca por certo equilíbrio na “cadeira de três pés” que orienta o cuidado e convívio com a hipertensão arterial.

¹¹ <https://en.wiktionary.org/wiki/insulsus#Latin>

CONCLUSÃO

Considerações Finais

Conviver com uma doença de longa duração me pareceu algo complicado e natural simultaneamente. Em primeiro lugar por existir essa dificuldade em conciliar vontades com restrições; e em segundo lugar por, em alguns momentos mais raros, mas também presentes, as pessoas nem se recordarem de seus diagnósticos clínicos e conviverem sem muitas preocupações com o “problema de pressão”.

Ademais, tateei melhor dois espaços, o ambiente médico, figurado nesse caso como o centro de saúde com todas as falhas dentro do universo maior que ele estende, representando apenas um pequeno nicho de toda uma Secretaria de Saúde do Distrito Federal que sedia a capital do país, Brasília, com toda a sua importância; e o ambiente familiar, caracterizado pela casa de algumas pessoas com quem tive contato, fossem elas mais próximas dos parentes, cozinhando todos os dias alimentos que não comeriam apenas para agregar marido, filhos e netos.

Ao conhecer um pouco desses espaços, percebi que por mais que o centro de saúde seja repleto de normas e regras, ao adentrarmos o verdadeiro cotidiano das pessoas fica perceptível algumas alterações em concordância com as práticas da biomedicina, e ainda mais, rearranjos surgem ao se falar de dietas e momentos de refeições, escolhas e soluções carregadas de muita autonomia.

Cozinhar permite às pessoas colocar na comida muito mais que nutrientes, como já coloquei na Introdução dessa pesquisa, e assim, com todas as reinterpretações as pessoas preparam comidas que servem às próprias realidades, seja por que possuem uma doença de longa duração, como a “pressão alta”, ou então porque o neto vai comer em suas casas, reafirmando um espaço de sociabilidade. As pessoas que conheci apreendem com médico e nutricionista e, a partir daí, transformam esse conhecimento, recebem dietas e adaptam. Em suma, mudam tudo um pouco, em casa, na alimentação, e essa mudança é o ponto chave mais recorrente da convivência com esse tal de “problema de pressão”.

Isso me faz pensar sobre os conhecimentos que são trocados e compartilhados entre pessoas usuárias do SUS e profissionais de saúde. Conhecimentos esses que se

redefinem, como no caso da “alimentação saudável”, “boa alimentação”, enfim, termos e comidas encontram correspondência de significados e mais, comunicam para esses diferentes grupos, como Ana Maria Canesqui propõe:

A valorização da ‘boa alimentação’ na garantia da saúde revelou, nos distintos grupos pesquisados, tanto a existência de conhecimentos e práticas tradicionais sobre a alimentação quanto a sua mescla com o saber nutricional dos médicos e dos profissionais de saúde, que são divulgados pelos serviços de saúde e a mídia. Os saberes não-eruditos sobre os alimentos e a alimentação são reinterpretados, com base em outras configurações culturais presentes na cultura das classes populares. (CANESQUI, 2005, p. 34)

Observei, portanto, como uma simples recomendação do médico e da nutricionista pode ocasionar na escolha de adoecidos/as crônicos com “problema de pressão” por uma transformação nas suas dietas e hábitos alimentares, influenciando diretamente espaços de sociabilidade em que essas pessoas estão inseridas. “Mudar” e “diminuir” determinadas comidas podem se tornar dilemas desafiadores e, obviamente, foram assuntos muito tratados nos mais diversos ambientes que frequentei na Guariroba. É necessário também um momento para o sistema de saúde olhar para si mesmo, e para tal, imagino que deve haver um maior diálogo entre a equipe de saúde, isto é, acredito que a troca de experiências e prontuários entre nutricionista e médico, por exemplo, pode vir a ocasionar em melhoras muito mais adequadas e inteligentes para as pessoas usuárias do SUS.

Ainda em relação aos/as profissionais de saúde também fica evidente como algumas de suas ferramentas para atingir essa população buscam certa interatividade, às vezes até criando espaços menos formais e como isso é essencial para o trato com os/as moradores/as da região. Um bom exemplo disso foi quando a nutricionista proporcionou palestras com um grupo de em média 10 a 15 pessoas que, ao longo da apresentação de *slides* criada pela profissional, participava dando opiniões, fazendo perguntas e tirando dúvidas livremente para, ao fim, a nutricionista compreender alguns hábitos daquela amostragem sem tantas hierarquizações, com uma escuta mais aberta, e assim, enfim, realizar a marcação das consultas individuais onde cardápios e dietas específicos para cada pessoa seriam montados.

Acredito que é essa troca que possibilita esclarecimentos e, conseqüentemente, cria um leque de escolhas para que as pessoas adoecidas possam controlar e conviver com determinadas doenças de forma mais autônoma, independente. Acredito também ser necessário, para isso, abertura para as pessoas falarem sobre as práticas que gerenciam no dia-a-dia, sem preconceitos a respeito de quaisquer que sejam as medidas de cuidado com os seus corpos e mentes. Para isso, as relações entre o ambiente biomédico e popular devem ser estreitadas positivamente.

BIBLIOGRAFIA

- ADAM, P. & HERZLICH, C. *Sociologia da Doença e da Medicina*. Bauru: Edusc, 2001.
- BARSAGLINI, R.A. *Análise socioantropológica da vivência do diabetes: um estudo de caso*. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.12, n.26, p.563-77, jul./set. 2008.
- BARSAGLINI, Reni Aparecida; CANESQUI, Ana Maria. *A Alimentação e a Dieta Alimentar no Gerenciamento da Condição Crônica do Diabetes I*. PESQUISA DE DOUTORADO. Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.4, p.919-932, 2010.
- BATISTA, Monique. “*Cabeça ruim, murrência do braço e perna esquecida*”. *Convivendo e cuidando do derrame na Guariroba, Ceilândia/DF*. 2014 Dissertação (Graduação em Antropologia) – Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília.
- BELLUZZO, Rosa. A valorização da cozinha regional. In: ARAÚJO, W.; TENSER, C. (Org.). *Gastronomia, cortes e recortes*, Volume I, Brasília: Editora SENAC, 2006.
- BEZERRA, Natália; FLEISCHER, Soraya. A popularização de esfigmomanômetros e glicosímetros no bairro da Guariroba, Ceilândia/DF. *Sociedade e Cultura*, vol. 16, núm. 1, jan./jul., 2013, pp. 181-191
- BEZERRA, Natália A. “*Bombinha, relóginho ou pêra*”: o uso de equipamentos biomédicos no cuidado da saúde de pessoas vivendo com hipertensão e diabetes na Guariroba, Ceilândia, DF. 2011 Dissertação (Graduação em Antropologia) – Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Secretaria de Atenção à Saúde*. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
- CARNEIRO, Henrique. Comida e Sociedade. In: ARAÚJO, W.; TENSER, C. (Org.). *Gastronomia, cortes e recortes*, Volume I, Brasília: Editora SENAC, 2006.
- CANESQUI, Ana Maria. Estudo de caso sobre a experiência com a “pressão alta”. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 23 [3]: 903-924, 2013.
- CANESQUI, Ana Maria. *Ciências Sociais e Saúde no Brasil*. 1ª Edição. São Paulo: Hucitec Editora, 2007
- CANESQUI, Ana Maria. Mudanças e permanências da prática alimentar cotidiana de famílias trabalhadoras. In: CANESQUI, A.M.; GARCIA, R.W.D. (Orgs.). *Antropologia e Nutrição: um diálogo possível*. p.167-210. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

- CANESQUI, Ana Maria. Comentários sobre os Estudos Antropológicos da Alimentação. In: CANESQUI, A.M.; GARCIA, R.W.D. (Orgs.). *Antropologia e Nutrição: um diálogo possível*. p.167-210. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- CONTRERAS, Jesus. Os paradoxos da modernidade alimentar. In: MONTEBELLO, Nancy de Pilla; COLLAÇO, Janine. *Gastronomia: cortes e recortes*. Volume 2, Brasília: Senac, 31-49. 2008.
- ENGEL, Cíntia. *Doença de Alzheimer e cuidado familiar*. 2013 Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, 2013.
- FISCHLER, Claude. 1988. "Food, Self and Identity." *Social Science Information* 27:275-293.
- FLEISCHER, Soraya. O "Grupo da Pressão": Notas sobre as lógicas do "controle" de doenças crônicas na Guariroba, Ceilândia/DF. *Amazônica - Revista de Antropologia*, Vol. 5, nº 2, 452-477, 2013.
- FLEISCHER, Soraya; BATISTA, Monique. "O tempo da falta e o tempo da bonança: experiências de cronicidade na Guariroba, Ceilândia/DF. *Anuário Antropológico*, II/2013, 195-224.
- FLEISCHER, Soraya; BATISTA, Monique. "Isso aqui é minha valência": notas etnográficas sobre um grupo de ginástica na Guariroba, Ceilândia/DF. In: *Etnografias em serviços de saúde/ organização Jaqueline Ferreira, Soraya Fleischer – 1. Ed. – Rio de Janeiro: Garamond, 2014.*
- GARCIA, Rosa Diez. *Representações sociais da comida no meio urbano: um estudo no centro da cidade de São Paulo*. 1993 Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 1993.
- JESUS, Ericivaldo Veiga de. A cozinha baiana do restaurante escola do SENAC do pelourinho-Bahia: mudanças de contexto e atores. 2002. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) Pós-graduação em Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2002.
- LODY, Raul. Comer é pertencer. In: ARAÚJO, W.; TENSER, C. (Org.). *Gastronomia, cortes e recortes*, Volume I, Brasília: Editora SENAC, 2006.
- MACIEL, Maria Eunice. Churrasco à Gaúcha. In: MONTEBELLO, Nancy de Pilla; COLLAÇO, Janine. *Gastronomia: cortes e recortes*. Volume 2, Brasília: Senac, 97-118. 2008.
- MALINOWSKI, Bronislaw. Argonautas do pacífico ocidental: Um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné Melanésia. São Paulo: Abril Cultural, 1976. 436 p. (Pensadores(os); v.43)
- MINTZ, Sidney. "Comida e antropologia: uma breve revisão". *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 16, n. 47, p.31-41. Outubro, 2001.

- PORTILHO, Fátima. CASTAÑEDA, Marcelo. “Certificação e confiança face-a-face na feira de produtos orgânicos”. In: *Encontro Nacional da ANPPAS*, IV. Brasília: junho, 2008.
- RAGO, Margareth. Descobrimo historicamente o “gênero”. In *Cadernos Pagu* (11) 1998: pp.89-98
- SAHLINS, Marshall. *Metáforas históricas sobre realidades míticas: estrutura nos primórdios da história do reino das Ilhas Sandwich*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 2008.
- SIQUEIRA, Paula. “*Ser afetado*”, de Jeanne Favret-Saada. *Cadernos de Campo* (São Paulo, 1991), Brasil, v. 13, n. 13, p. 155-161, mar. 2005. ISSN 2316-9133. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/cadernosdecampo/article/view/50263>>. Acesso em: 29 Março, 2015.
- VALE, Hugo. "Eu não tenho problema, tá controlada": As percepções desenvolvidas entre indivíduos acometidos por diabetes melittus ou hipertensão arterial. *IV Reunião Equatorial de Antropologia e XIII Reunião de Antropólogos do Norte e Nordeste* (Comunicação) Universidade Federal do Ceará, 2013.
- WOOTMANN, Klaas. O sentido simbólico das práticas alimentares. In: ARAÚJO, W.; TENSER, C. (Org.). *Gastronomia, cortes e recortes*, Volume I, Brasília: Editora SENAC, 2006.